

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1904

THÈSE

N^o

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le jeudi 17 mars 1904, à 1 heure

Par PAUL LEBRETON

Né à Paris, le 19 octobre 1875

Interne des hôpitaux de Paris.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DES

GLANDES BULBO-URÉTHRALES

ET DE LEURS MALADIES

Président : M. BERGER, professeur.

*Juges : MM. BUDIN,
DE LAPERSONNE, } professeurs.
SCHWARTZ, agrégé.*

PARIS

G. STEINHEIL, ÉDITEUR

2, RUE CASIMIR-DELAVIGNE, 2

1904

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen..... M. DEBOVE.
Professeurs MM.

Anatomie.....	POIRIER.
Physiologie.....	Ch. RICHET.
Physique médicale.....	GARIEL.
Chimie organique et chimie minérale.....	GAUTIER.
Histoire naturelle médicale.....	R. BLANCHARD.
Pathologie et thérapeutique générales.....	BOUCHARD.
Pathologie médicale.....	HUTINEL.
Pathologie chirurgicale.....	BRISSAUD.
Anatomie pathologique.....	LANNELONGUE.
Histologie.....	CORNIL.
Opérations et appareils.....	MATHIAS DUVAL.
Pharmacologie et matière médicale.....	N.....
Thérapeutique.....	POUCHET.
Hygiène.....	GILBERT.
Médecine légale.....	N.....
Histoire de la médecine et de la chirurgie.....	BROUARDEL.
Pathologie expérimentale et comparée.....	DEJERINE.
	CHANTEMESSE.
	LANDOUZY.
Clinique médicale.....	HAYEM.
	DIEULAFOY.
	DEBOVE.
	GRANCHER.
Clinique des maladies des enfants.....	JOFFROY.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale.....	GAUCHER.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.....	RAYMOND.
Clinique des maladies du système nerveux.....	BERGER.
	LE DENTU
	TILLAUX.
	TERRIER.
Clinique ophtalmologique.....	DE LAPERSONNE.
Clinique des maladies des voies urinaires.....	GUYON.
Clinique d'accouchements.....	PINARD.
	BUDIN.
Clinique gynécologique.....	POZZI.
Clinique chirurgicale infantile.....	KIRMISSON.

Agrévés en exercice.

MM.	MM.	MM.	MM.
ACHARD.	DUPRÉ.	LEGRY.	RIEFFEL. <i>Chef des travaux anatomiques</i>
AUVRAY	FAURE.	LEGUEU.	TEISSIER.
BEZANÇON.	GILLES DE LA TOURETTE	LEPAGE.	THIERY.
BONNAIRE.	GOSSET.	MARION.	THIROLOIX.
BROCA (Aug.).	GOUGET.	MAUCLAIRE.	THOINOT.
BROCA (André).	GUIART.	MERY.	VAQUEZ.
CHASSEVANT.	HARTMANN.	POTOCKI.	WALLICH.
CUNÉO.	JEANSELME.	REMY.	WALTHER.
DEMELIN.	LANGLOIS.	RENON.	WIDAL.
DESGREZ.	LAUNOIS.	RICHAUD.	WURTZ.

Secrétaire de la Faculté : M. GRISEZ.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

M. LE DOCTEUR P. BERGER

PROFESSEUR DE CLINIQUE CHIRURGICALE A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

MEMBRE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

CHIRURGIEN DES HÔPITAUX

(Externat, 1898. — Internat, 1903).

A MES MAÎTRES DANS LES HÔPITAUX

M. LE DOCTEUR FERNET

MEMBRE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE
MÉDECIN DES HÔPITAUX

(Externat, 1897).

M. LE DOCTEUR SAVARIAUD

CHIRURGIEN DES HÔPITAUX

M. LE DOCTEUR LAUNAY

CHIRURGIEN DES HÔPITAUX

(Externat, 1899).

M. LE DOCTEUR BENJAMIN ANGER

PROFESSEUR AGRÉGÉ A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS
CHIRURGIEN DES HÔPITAUX

(Internat, 1900).

M. LE DOCTEUR P. MICHAUX

CHIRURGIEN DES HÔPITAUX

(Internat, 1901).

M. LE DOCTEUR H. HARTMANN

PROFESSEUR AGRÉGÉ A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS
CHIRURGIEN DES HÔPITAUX

(Internat, 1902).

INTRODUCTION

C'est sur les conseils de notre maître, M. le professeur agrégé Hartmann, dont nous avons eu l'honneur d'être l'interne, que nous avons entrepris ce travail ; c'est lui qui a facilité nos recherches anatomiques en nous ouvrant son Laboratoire, et en nous donnant les plus précieux conseils ; c'est dans son service que nous avons pris toutes les observations qui nous ont servi à écrire la pathologie actuellement connue des glandes bulbo-uréthrales. C'est donc lui que nous tenons à remercier le premier, et de tout cœur.

Nous adressons aussi tous nos remerciements à ceux dont les documents nous ont été d'un si grand secours, notamment le Dr Hogge, de Liège, qui nous a donné les renseignements les plus utiles sur ses recherches embryologiques. Le Dr N. Hallé, qui a bien voulu nous offrir son travail si intéressant sur la tuberculose de l'urèthre fait en collaboration avec le Dr Motz, et où nous avons pris les notions anatomo-pathologiques de la tuberculose cowpérienne, et enfin notre collègue et ami P. Lecène qui a mis son expérience à notre service pour le chapitre histologique que renferme notre thèse.

Enfin, nous sommes heureux de cette occasion qui nous permet d'exprimer à notre maître, M. le professeur Berger, notre reconnaissance pour la bienveillance toute particulière qu'il nous a accordée pendant les deux années passées dans son service ; il a bien voulu accepter la présidence de notre thèse, et nous l'en remercions infiniment.



Digitized by the Internet Archive
in 2026

PREMIÈRE PARTIE

ANATOMIE

CHAPITRE PREMIER

Historique et synonymie.

La première mention faite par les auteurs de l'existence de ces glandes remonte à l'année 1684.

On peut lire en effet dans le *Journal des Savants* (n° 17, p. 129) la phrase suivante indiquant la découverte par Méry des glandes qui portent son nom : « M. Méry a aussi découvert dans l'homme, sous la partie virile, deux petites glandes de la grosseur d'un pois. Elles sont placées au-dessous des muscles accélérateurs et éloignées du corps des prostatites d'environ un poulce. Il y a entre elles une distance d'environ deux lignes. »

Telle est dans sa simplicité la phrase qui assure à Méry la priorité de la découverte, quoique certains auteurs en attribuent tout l'honneur à Cowper, et donnent à ces glandes le nom de l'anatomiste anglais, à l'exclusion de tout autre.

En réalité, ce ne fut qu'en 1699 que celui-ci fit paraître une première note mentionnant sa prétendue découverte (1). Il en donna une description plus détaillée en 1702 (2).

Il se trouva à cette époque, en France même, des anatomistes pour oublier en faveur d'un étranger le droit imprescriptible d'un de leurs compatriotes.

C'est ainsi que, en 1700, Littré, dans son mémoire (3) décrivit les glandes dites de Cowper. Mais ce furent Fontenelle (4) et surtout Morgagni qui firent pencher la balance du côté de l'anatomiste anglais. Morgagni dit en effet : « Méry semble avoir cédé ses droits, je ne sais pourquoi, en souffrant sans rien dire que Littré les ait ainsi nommées, et les ait fait voir plus d'une fois à l'Académie des Sciences sous cette dénomination. »

Le terme de glandes de Cowper prévalut donc dès lors jusqu'à la thèse de Gübler (5). Celui-ci, dans un travail remarquable, s'efforça d'abord de réparer l'injustice faite à Méry en restituant son nom aux glandes qu'il avait le premier découvertes. Il refusa de même à Colombo la priorité réclamée pour lui par Hasse et Portal, « c'est de la prostate, dit-il, qu'il veut parler, puisqu'il place ses glandes à la racine de la verge, c'est vrai ; mais celle-ci égale pour lui le col de la vessie (*hoc est vesicæ collum...*) ».

(1) COWPER, *Transactions philosophiques*, 1699, p. 254.

(2) COWPER, *Glandularum quarundam nuper detectarum descriptio*, Londres, 1702 et *Act. érud. Lips.*, novembre 1702, t. VIII.

(3) LITTRÉ, Sur la description de l'urèthre de l'homme. *Mémoire de l'Académie des Sciences*, 1700.

(4) FONTENELLE, Eloge de Méry (*Comptes rendus de l'Acad. des Sciences*, Paris, 170...).

(5) GUBLER, *Des glandes de Méry (vulgairement glandes de Cowper) et de leurs maladies chez l'homme*, Paris, 1849.

Puis Gübler étudia ces glandes, dites par lui bulbo-urétrales, d'une façon si complète que les travaux suivants ne purent que s'inspirer de cette description : c'est ainsi que la partie anatomique des thèses de Nicolle (1), de Couillard (2) et de Gruget (3) n'est qu'un résumé plus ou moins fidèle du travail de Gübler. Nous y aurons nous-même largement recours.

Mais, pour en avoir fini avec ce qui a trait à la rivalité posthume entre Méry et Cowper au sujet de leur découverte, il nous faut citer deux travaux, l'un de Herpin, de Metz (4), l'autre de L. H. Petit (5).

Ce dernier montre, preuves en mains, que « ces discussions n'auraient pas eu lieu, si les écrivains s'étaient reportés aux descriptions que, de 1684 à 1699, Méry avait données de ces glandes devant l'Académie ».

Il s'appuie pour cela sur trois descriptions complètes des glandes et de leurs conduits excréteurs relatées dans les procès-verbaux de l'Académie, en mai 1697, janvier 1698 et enfin en 1701, c'est-à-dire, pour les deux premières, antérieurement aux écrits de Cowper.

L. H. Petit, après Herpin, tâche d'expliquer l'indifférence de Méry à l'égard de sa découverte, et la prise de possession de Cowper. Quoi qu'il en soit de ces raisons, nous

(1) NICOLLE, *De la coupérite*. Th. Paris, 1873.

(2) COUILLARD, *Contribution à l'étude des affections des glandes bulbo-urétrales*. Th. Paris, 1876.

(3) GRUGET, *De la fistule de la glande de Cowper*. Th. Paris, 1876.

(4) HERPIN, *Notice historique sur la vie et les travaux de Jean Méry*. Paris, 1864.

(5) L. H. PETIT, Sur la découverte des glandes bulbo-urétrales par Jean Méry (*Union Médicale*, Paris, 1887, 3^e série, t. XXXIV, p. 803).

comme tout à fait de l'avis de l'auteur, lorsqu'il dit à la fin de sa notice : « Mais, quelles qu'aient été les relations directes ou indirectes de Méry et de Cowper, cela importe peu ; la description imprimée des glandes bulbo-uréthrales lui appartient dès 1684, et cette description a été faite à nouveau, sans conteste, à deux reprises différentes, avant celle de Cowper ; cela suffit bien pour assurer la priorité à Méry. »

Pour nous, le terme vraiment anatomique, basé sur la situation même de ces glandes, est celui donné par Gübler de « glandes bulbo-uréthrales ». C'est ainsi que nous les appellerons le plus souvent sans oublier pour cela le droit absolu de Méry à leur donner son nom, et sans non plus abandonner tout à fait le terme de glandes de Cowper, pour la raison bien simple que la pathologie a vulgarisé les inflammations de ces glandes sous le nom général de cowpérites.

D'ailleurs, un certain nombre d'auteurs les ont étudiées sous des noms différents. C'est ainsi qu'on les appelle encore :

- Prostates inférieures de Duverney ;
- Petites prostates ;
- Accessoires de la prostate ;
- Adstites conglomérées de Terraneus ;
- Anti-prostates de Winslow ;
- Glandes muqueuses rondes de Haller ;
- Glandes de Cowper diaphragmatiques de Hogge.

C'est ici que se place la question de savoir si les glandes bulbo-uréthrales ont été toujours décrites de la même façon par les divers auteurs qui les ont étudiées.

Méry n'en annonça que deux, placées en arrière du bulbe.

Cowper en ajouta une troisième, qui semble, dit Gübler, avoir été retrouvée deux fois par J. Lieutaud (1). Litré (2) en indiqua une nouvelle qui envelopperait la portion membraneuse, et qui porte son nom.

Mauget (3) les accepta toutes sans contrôle, et leur en adjoignit même d'autres, ce pour quoi il fut sévèrement blâmé par Morgagni (4), qui admettait les trois précédentes, mais rejetait celles données comme échappées de la prostate.

Terraneus (5) ne figure que les deux glandes de Méry, de même que Haller, J. Daran (6) et B. S. Albinus (7).

Haase décrit et figure trois glandes : outre les deux latérales, il y en a une impaire, plus large, couvrant une partie de la face inférieure du bulbe ; il ne l'a d'ailleurs rencontrée qu'une fois, ce qui, à notre avis, n'est pas suffisant pour qu'on puisse faire une règle de son existence.

Serait-ce là, comme le dit Gübler, ce troisième corps, fort semblable à une glande, sur lequel Winslow (8) appelle l'attention, et qu'il n'a pas retrouvé, pas plus que nos classiques, Cruveilhier, Sappey, etc.

Par contre, la troisième glande de Cowper serait représentée, pour Gübler, par les grains glanduleux accessoires, qui accompagnent parfois les canaux excréteurs dans l'é-

(1) J. LIEUTAUD, *Essays anat.* Paris, 1742.

(2) LITRÉ, *Mém. de l'Acad. royale des Sciences*, 1702.

(3) MAUGET, *Théât. anat.* Genève, 1716.

(4) MORGAGNI, *Adv. anat.*, 4 an. 15. Lugd. Bat., 1741.

(5) TERRANEUS, *De glandul. ad urethr.* Taurini, 1709.

(6) J. DARAN, *Mal de l'urèthre.* Paris, 1748.

(7) B. S. ALBINUS, *Acad. annot. Leidæ*, 1754-68.

(8) WINSLOW, *Exposé anat. du corps humain*, t. IV, p. 48.

paisseur du tissu spongieux. Cependant Cowper indique dans une de ses planches un conduit isolé appartenant en propre à sa nouvelle glande ; mais il ne dit pas combien de fois il a rencontré cette disposition, que Gübler considère comme exceptionnelle.

Les auteurs qui, plus récemment, ont écrit sur les glandes bulbo-uréthrales, admettent en général les idées de Gübler : Nicolle, Gruget, Couillard, se sont en effet bornés à reproduire sans contrôle toutes les assertions de celui dont ils ont résumé la thèse, du moins au point de vue anatomique.

Charpy (1) décrit deux glandes, formées, tantôt de granulations éparses, tantôt d'une masse à laquelle s'adjoignent des lobules aberrants.

Pierre Delbet (2) décrit lui aussi deux glandes, et rejette au chapitre « Variétés » des glandes surnuméraires, pouvant occuper l'épaisseur des corps caverneux, de même que la troisième glande de Cowper, glande accessoire de Gübler et Jarjavay, retrouvée une fois par Kölliker (3).

Tout récemment enfin, Hogge (4) de Liège, qui étudie depuis dix ans l'anatomie du périnée et des glandes génitales accessoires par des coupes sérieées de fœtus et de nouveau-nés à terme, a démontré que les glandes de Cowper se composaient de deux parties : l'une, principale, située dans le diaphragme uro-génital, et qu'il appelle pour cette raison *glandes de Cowper diaphragmatiques* ; l'autre, moins

(1) CHARPY, *Anat. des org. génito-urinaires*, Paris.

(2) P. DELBERT, Article Urèthre, in *Anat. hum.* POIRIER-CHARPY, Paris, 1901.

(3) KÖLLIKER, *Microscop. anat.*, t. II, p. 409.

(4) HOGGE, *Anat. du périnée*, 7^e sess. de l'Assoc. franç. d'urologie, Paris, 1903, p. 480.

importante, *glande de Cowper bulbaire*, occupant à peu près le plan médian du corps, accolée qu'elle est à la cloison médiane intra-bulbaire dans laquelle elle peut même se trouver incluse.

Cette portion intra-bulbaire des glandes de Cowper, considérée par Hogge et Hallé (1) comme très importante au point de vue pathologique, ne peut être démontrée que par le microscope ; la dissection, si attentive soit-elle, n'en est pas capable. Nous avons en effet vainement cherché à l'aide du scalpel cette portion accessoire de la glande de Cowper sur les vingt sujets qui ont servi de base à notre étude ; bien plus, comme nous le dirons tout à l'heure, notre opinion sur l'existence constante des deux glandes, dites diaphragmatiques par Hogge, est loin d'être en rapport avec celle des auteurs qui, ainsi que Gübler, disent qu'il n'est pas de cas où la glande puisse faire défaut.

(1) HALLÉ, Discussion sur tuberculose de gl. de Cowper, 6^e sess. de l'Assoc. franç. d'urologie, Paris, 1902.

CHAPITRE II

Anatomie.

Les glandes de Méry ou Cowper, glandes bulbo-uréthrales de Gübler, sont des organes glandulaires, annexés à l'urèthre spongieux, et sont, après la prostate, les plus volumineuses des glandes dépendant de l'urèthre.

§ 1. — **Anatomie comparée.**

Les glandes de Méry existent chez presque tous les mammifères. Méry lui-même les a trouvées sur tous les animaux qu'il a disséqués après son entrée comme anatomiste à l'Académie des Sciences, et dont on trouve la description dans les éditions de 1688 et de 1733 de l'*Histoire des animaux* rédigée par Perrault et Duverney.

Ces animaux sont, dans l'édition de 1688, le lion, la gazelle, le chat-pard, la civette, le porc-épic et dans celle de 1733, le tigre, la panthère et la marmotte. La description de chacun d'eux renferme un passage relatif aux glandes bulbo-uréthrales, et ces passages sont intégralement reproduits dans la notice de L.-H. Petit, que nous avons signalée plus haut.

D'après Milne-Edwards (1), les glandes de Méry sont

(1) MILNE-EDWARDS, *Anat. et phys. comparées*.

très développées chez le tigre, le singe, etc... Mais elles manquent chez le chien et chez l'ours. Parfois aussi ces glandes sont les seuls organes annexés à l'urèthre ; ainsi, chez les monotrèmes, qui n'ont ni vésicules séminales, ni prostate, ni appendices wébériens, il y a de chaque côté du cloaque une glande ovulaire dont le conduit excréteur va déboucher dans la partie initiale du canal du pénis.

§ 2. — Embryologie.

Le développement des glandes bulbo-uréthrales n'est guère connu que depuis quelques années, à la suite des travaux de J. Müller, de Nagel, d'Hertwig (1), en Allemagne — de Tourneux (2), et de Retterer (3) en France — et de Hogge, en Belgique.

C'est au cours de leurs études sur le développement des organes génitaux externes, de l'urèthre et du périnée que ces auteurs parlent incidemment des glandes de Cowper et de leur naissance.

Celles-ci se développent au niveau de la portion de l'urèthre formée aux dépens du sinus uro-génital. L'urèthre, primitivement lisse, donne naissance, par la face profonde de son épithélium, à des bourgeons pleins qui s'enfoncent dans le chorion muqueux : ce processus se continue même après la naissance (Robin et Cadiat) (4).

Ces bourgeons vont devenir l'origine des glandes : les

(1) HERTWIG, *Traité d'embryologie*, 2^e trad. franç., Paris, 1900.

(2) TOURNEUX, *Précis d'embryologie*, Paris, 1900.

(3) RETTERER, Formation du périnée, *C. r. Soc. de Biol.*, Paris, 1890.

(4) ROBIN et CADIAI, *Journ. d'Anat. et Phys.*, Paris, 1875.

uns s'étendent fort loin, et se ramifient un grand nombre de fois, donnant naissance à des glandes complexes intramusculaires : prostate, glandes de Méry ou Cowper, celles-ci ne conservant plus de rapports avec l'urèthre que par l'intermédiaire de leur conduit excréteur, dont l'orifice correspond exactement à l'évagination épithéliale primitive.

Les autres bourgeons, au contraire, dépassent à peine la muqueuse, formant les glandes de Littre, surtout développées dans la région membraneuse ; les derniers enfin ne dépassent pas la muqueuse et sont l'origine des glandes rudimentaires ou follicules qui ne se développent qu'après la naissance.

Pour ce qui est des glandes de Méry proprement dites, le point intéressant est de savoir à quelle époque de la vie intra-utérine naissent les bourgeons épithéliaux qui vont leur donner naissance à leur tour. Les opinions sont variables avec les auteurs.

D'après Van Ackeren, le développement de ces glandes chez l'homme commence vers la fin du quatrième mois ; au cours du cinquième mois, le nombre des branches collatérales augmente, et ces branches se séparent les unes des autres par une quantité considérable de mésenchyme.

D'après Tourneux, Robin et Cadiat, le début des glandes bulbo-uréthrales et vulvo-vaginales, qui sont homologues, répond à peu près au commencement du troisième mois. Elles se développent par un bourgeon plein émané de l'épithélium du sinus uro-génital, qui commence à se ramifier au commencement du quatrième mois. Vers la fin de ce mois, les conduits sont pourvus d'une lumière centrale.

Enfin Hogge, avant même la publication de son travail sur

l'anatomie du périnée, a bien voulu nous envoyer une lettre où il nous donne les renseignements suivants : « On trouve, dit-il, les tout premiers bourgeons des glandes de Cowper déjà sur un fœtus mâle de 6 centimètres (longueur totale). Sur ce sujet (dont il nous envoyait une coupe, que nous ne sûmes interpréter exactement), j'ai vu deux petits bourgeons uréthraux latéraux. A ce stade et sur le même fœtus, se montrent les premiers, tout premiers bourgeons prostatiques. Les deux glandes se développent donc à la même époque, ce qui est assez rationnel.

« J'ai pu suivre et retrouver ces organes chez des fœtus de 8 1/2 ctms. (longueur vertex-coccyx), 11 1/2 (longueur totale), fin de 3^e mois. De 10 1/2, 15 ctms. fin de 4^e mois. De 7 à 8 mois et chez l'enfant nouveau-né. »

Quoi qu'il en soit, à mesure que les glandes de Méry se

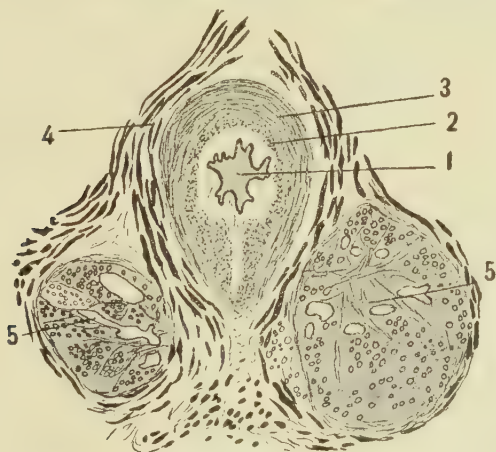


FIG. 1. — Coupe transversale de l'urèthre d'un nouveau-né au niveau de la membrane de Carcarsonne (cliché prêté par le Dr Hogge, de Liège, et tiré de la deuxième session de l'Association française d'Urologie. Paris, 1897, p. 425).

1. Urèthre. — 2. Couche de fibres musculaires lisses longitudinales. — 3. Couche de fibres musculaires lisses circulaires. — 4. Muscle strié. — 5. Glande de Cowper.

(Dessin à la chambre claire. — Grossissement de 7 à 8 diam.)

développent et s'éloignent davantage de la paroi uréthrale qui leur a donné naissance, elles s'enfoncent entre les fibres musculaires striées qui entourent l'urèthre, fibres qui constituent le sphincter strié de l'urèthre de Pierre Delbet, le diaphragme uro-génital de Holl, le sphincter uro-génital de Hogge. « Ce muscle, sur une coupe oblique du bassin parallèle aux branches ischio-pubiennes et intéressant les glandes de Cowper dans leur plus grand développement, présente, sur le fœtus, un aspect caractéristique, celui d'une croisée gothique à trois logettes ; la supérieure est pour l'urèthre, les deux autres, latérales, pour les deux glandes de Cowper diaphragmatiques » (Hogge) (Fig. n° 1).

C'est donc dans l'épaisseur du plancher uro-génital qu'on les rencontre chez l'adulte, comme nos dissections personnelles ont pu nous en convaincre.

§ 3. — Anatomie descriptive des glandes bulbo-uréthrales.

MOYENS D'ÉTUDE. — Avant d'aborder l'étude détaillée des glandes bulbo-uréthrales, nous devons dire un mot de la façon dont cette étude a été faite par nous.

Nos recherches ont porté sur vingt sujets : les cinq premiers étaient des sujets de l'École pratique, mis à notre disposition grâce à la bienveillance de notre maître, M. le professeur agrégé Hartmann. La dissection de ces sujets nous ayant donné peu de satisfaction, nous eûmes recours à un autre procédé.

En effet, les quinze autres pièces que nous avons disséquées provenaient de sujets frais, morts la veille, et ont été disséquées le jour même de leur ablation. Pour les enlever,

une incision périnéale médiane tombant sur une incision arciforme bi-ischiatique, nous menait rapidement sur le bulbe, recouvert des bulbo-caverneux. La verge, attirée dans la plaie périnéale et débarrassée de ses enveloppes

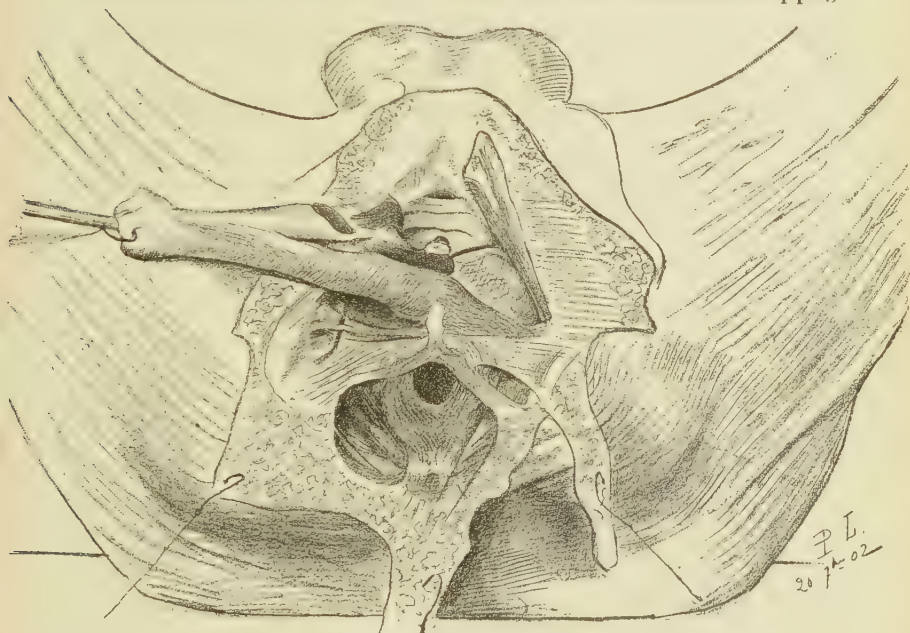


FIG. 2. — La glande de Méry vue après dissection du périnée.

Le corps caverneux gauche a été sectionné ; la verge, après section de son ligament suspenseur, a été érigée à droite.

On voit, sous l'arcade pubienne le *ligamentum transversum pelvis* de Henle.

Un peu au-dessous, on aperçoit la glande de Méry accolée au bulbe, à l'extrémité postérieure duquel on voit aboutir l'artère bulbaire gauche.

celluleuses, était sectionnée, et le moignon, saisi avec un davier, permettait son facile abaissement, après section du ligament suspenseur. D'autre part, après section du noyau fibreux du périnée et du petit muscle recto-urétral, tout comme dans la prostatectomie périnéale, le décollement

du rectum était facile, et nous conduisait jusque sur la face postérieure de la prostate. Il nous suffisait donc alors de donner un coup de couteau circulaire pour sectionner les corps caverneux au ras des branches ischio-pubiennes, et pour détacher avec la prostate tout l'urèthre membraneux et une portion de l'urèthre pénien.

Ce sont ces pièces, rendues rigides par le passage d'un Béniqué dans le canal, et appliquées sur un liège, qui nous ont permis de nous rendre compte d'un certain nombre de points, dont nous ferons l'analyse impartiale, regrettant de nous trouver parfois en désaccord avec nos prédécesseurs.

Situation. — Les glandes bulbo-uréthrales sont situées

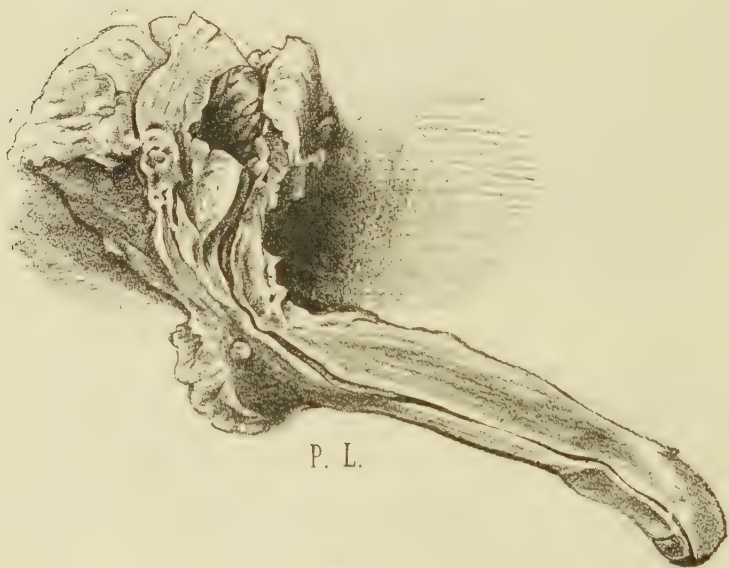


FIG. 3.

Coupe longitudinale d'une pièce durcie dans le formol, et passant exactement par une glande de Méry. On voit la coupe de la vessie, de la prostate, du bulbe et de l'urèthre. A la partie postérieure et profonde du bulbe, la coupe de la glande de Méry apparaît comme un moyen circulaire blanchâtre.

de chaque côté de la ligne médiane, dans l'épaisseur du plancher uro-génital, entre les deux lames de l'aponévrose périnéale moyenne des auteurs classiques ; et d'autre part, entre la face profonde du bulbe et la face superficielle de l'urèthre membraneux, dans l'angle rentrant formé par ces deux organes. (Ce dernier rapport est facile à vérifier sur la figure n° 2 représentant une coupe longitudinale d'une pièce durcie dans le formol, coupe passant juste par une glande de Méry.)

Tous les auteurs qui se sont occupés de la question sont d'accord à ce sujet ; cependant Richet (1) dit avoir quelquefois rencontré les glandes de Méry au-dessus du feuillet supérieur de l'aponévrose périnéale moyenne, c'est-à-dire dans la loge prostatique.

Nous croyons que cette disposition, qui peut d'ailleurs se rapporter à quelques lobules aberrants de la prostate, n'a été retrouvée par personne ; nous ne l'avons-nous même jamais observée.

Nombre. — Sans revenir sur les faits déjà discutés plus haut, et tout en admettant qu'il existe d'ordinaire deux glandes bien nettes et des prolongements glandulaires bulbaires pouvant être pris pour une troisième glande, il nous est impossible de dire, comme Gübler et Littré, qu'on les trouve sur tous les sujets examinés.

Nous ne sommes cependant pas aussi affirmatifs que Heister, qui dit ne pas avoir rencontré les glandes de Méry sur la plupart des cadavres examinés par lui. Par contre, nos recherches nous permettent de conclure dans le même sens

(1) RICHET, *Anat. médic. chirurg.*, Paris, 1860, p. 707.

que Morgagni et Santorini, qui n'en ont quelquefois trouvé aucun vestige.

Sur les cinq sujets de dissection que nous avons d'abord étudiés, nous n'avons trouvé les glandes de Cowper que deux fois. Nous voulons bien admettre que nos dissections n'ont pas eu dans ces cas toute la finesse nécessaire, et que nos recherches ont pu être faussées par le fait de l'infiltration cadavérique des sujets mis à notre disposition.

Mais par contre, sur les quinze pièces fraîches qui serviront principalement de base à notre travail, nous avons pu nous livrer à une dissection très attentive et très précise, et voici les résultats que nous avons obtenus, *au point de vue purement macroscopique*, bien entendu :

Neuf fois, nous avons trouvé des glandes bien nettes de chaque côté ; dans quatre cas il n'y avait de glande que du *côté gauche*, celle du côté droit manquant absolument ; enfin, il n'y eut que deux sujets où nous ne trouvâmes pas traces de glandes, ni d'un côté ni de l'autre.

Volume. — Le volume des glandes bulbo-uréthrales est très variable suivant les auteurs, et surtout, selon nous, suivant les sujets.

D'après Gübler, sur un fœtus de cinq mois, elles égalaient dans leur ensemble le volume d'un pois. Chez l'enfant nouveau-né, le volume assez considérable, équivaut à celui d'un grain de chenevis ou d'un petit pois. Chez l'adulte, c'est à un noyau de cerise, ou même à un haricot qu'il faut les comparer.

Haller les compare à un pois ; Winslow, à un noyau de cerise. Pour Sappey, elles peuvent atteindre le volume d'une noisette ; de même pour Cruveilhier et Sée, et pour les classiques modernes.

Sur les dimensions respectives de l'une et l'autre glande, personne, sauf Gübler, ne dit mot ; cet auteur en effet, écrit qu'une des glandes peut être plus petite, sans d'ailleurs insister sur le côté où l'atrophie est le plus fréquente, ce qui, comme nous le verrons dans un instant, a *cependant son importance au point de vue pathologique*.

Lorsque les glandes ont un développement moyen, elles sont généralement séparées l'une de l'autre par une distance de quatre à cinq millimètres (Sappey). Elles peuvent, lorsqu'elles sont très volumineuses, venir se toucher par leur bord interne, et même prendre l'aspect d'une glande unique médiane, à cheval sur l'urèthre membraneux (Sappey).

Quant à l'hypothèse de Gübler, suivant laquelle elles subiraient, comme la prostate, une hypertrophie avec les progrès de l'âge, elle n'a pu être vérifiée par son propre auteur. Personne depuis lors n'a songé à le faire ; mais l'examen de nos pièces, fait en partie dans ce sens, ne semble pas devoir confirmer cette hypothèse, car ce n'est pas sur les sujets les plus âgés de notre série que nous avons toujours rencontré les glandes les plus développées.

Voici d'ailleurs, au sujet du volume des glandes bulbo-urétrales, les résultats obtenus dans nos dissections.

1^o Dans les neuf cas où les glandes existaient des deux côtés, leur volume oscillait entre celui d'un petit haricot et celui d'un très petit pois.

Cinq fois, elles étaient à peu près du même volume de chaque côté ; dans trois cas, la glande droite était beaucoup moins développée que celle du côté gauche ; une seule fois, c'était le contraire, la glande droite l'emportant sur son homologue.

2° Dans les quatre cas, où la glande n'existait qu'à gauche, elle était deux fois de la grosseur d'un très petit pois, tandis que, chez les deux autres sujets, elle avait la forme d'un petit bourgeon, gros comme un grain de millet, accolé à la paroi latérale gauche de l'urèthre.

En somme, d'après ce qui précède, il nous semble maintenant établi que la raison pour laquelle l'inflammation cowpérienne se rencontre le plus souvent à gauche — fait reconnu par tous les auteurs, qui n'en donnent d'ailleurs pas l'explication — est une *raison purement anatomique*, la glande existant, pour ainsi dire, toujours à gauche, contrairement à ce qui se passe à droite, et étant d'autre part presque toujours plus volumineuse du côté gauche, lorsque les deux organes existent simultanément.

Forme. — Tout comme leur volume, la forme des glandes de Méry est essentiellement variable.

Pour Méry, Cowper, Daran et Haller, elles sont arrondies, tandis que Terraneus et Haase leur donnent une forme oblongue et que Winslow les décrit comme étant aplaties.

D'après Gübler, elles sont arrondies lorsqu'elles sont bien disséquées. Le plus souvent cependant, le diamètre antéro-postérieur l'emporterait un peu ; lorsque la différence est très marquée, les glandes sont parallèles entre elles et au raphé médian du périnée. Les différences s'expliquent surtout par celles du diamètre transverse ; et, si les glandes sont réduites à leur plus simple expression, on trouve une seule couche de granulations le long du raphé fibreux.

En réalité, sur nos dissections, il est rare de trouver des glandes aussi arrondies que l'écrit Gübler, quelque bien disséquées qu'elles soient. Elles affectent bien plus souvent,

lorsqu'elles sont de moyen volume, une forme un peu allongée d'avant en arrière, et surtout elles présentent presque toujours un aplatissement de haut en bas des plus nets. Peut-être d'ailleurs la pression entre les mors de la pince est-elle une cause fortuite, mais réelle. dans cette disposi-

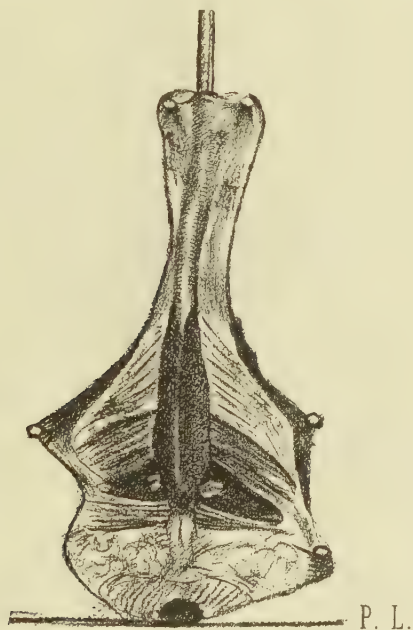


FIG. 4.

Glande de Méry bifide.

L'aponévrose moyenne a été incisée. On voit, se détachant sur le plan musculaire plus profond les glandes de Méry, celle du côté droit présentant une extrémité bifide.

tion. Nous n'avons trouvé la forme arrondie que dans les cas où la glande, très petite, était accolée à la paroi uréthrale comme un bourgeon sessile. Deux fois, nous avons trouvé une sorte de dédoublement de l'extrémité postérieure de la glande, d'où un aspect bifide de celle-ci (Figure n° 4).

Deux fois aussi, l'extrémité postérieure des deux glandes était réunie par un petit pont d'apparence glandulaire, long de 5 à 6 millimètres, à cheval sur l'urèthre (Figure n° 5).

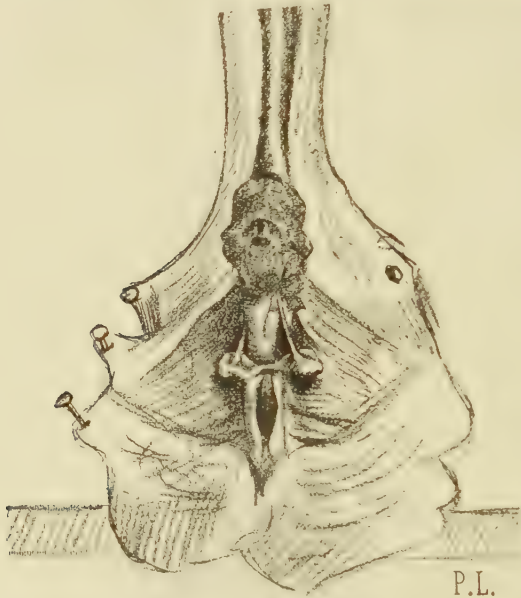


FIG. 5.

Glandes de Méry réunies par un petit pont glandulaire à cheval sur l'urèthre.

Le bulbe est relevé ; au-dessous, on voit l'urèthre bulbaire, les glandes, et leurs canaux excréteurs.

L'urèthre membraneux est ouvert sur le Béniqué introduit dans le canal.

Enfin, dans un cas, nous avons trouvé deux glandes volumineuses, longues d'environ 1 centimètre et demi, et très étroites, formant deux sortes de cordons allongés parallèlement d'avant en arrière, de chaque côté de la ligne médiane.

Consistance. — Tous les auteurs s'accordent pour attribuer aux glandes de Méry une consistance ferme, grâce à

laquelle, dit Gübler, on peut les distinguer et les saisir avec les doigts, avant leur dissection complète.

En réalité, il n'en est pas toujours ainsi, et souvent cette investigation préliminaire ne nous a pas donné les renseignements désirés. Cela tient, croyons-nous, à ce que la glande, lorsqu'elle est saine, n'a pas une fermeté aussi grande qu'on l'a dit autrefois. Cette fermeté, qui permettrait de la reconnaître au milieu des parties molles, ne se rencontre, à notre avis, que dans les cas où le tissu conjonctif qui entoure les lobules glandulaires s'est hypertrophié sous l'influence d'une inflammation chronique quelconque. Ceci n'est d'ailleurs qu'une hypothèse que peut-être le microscope aurait pu vérifier ; nous la donnons donc comme telle et sous bénéfice d'inventaire.

Aspect et couleur. — Comme l'a bien décrit Gübler, les glandes bulbo-uréthrales, une fois mises à nu, apparaissent comme de petits corps légèrement lobulés, de couleur rougeâtre, lorsqu'on les voit à travers le lacis capillaire très serré qui les enveloppe. Quand elles sont bien disséquées, et complètement séparées de ce fin réseau vasculaire, elles ont une coloration jaunâtre qui permet de les distinguer assez aisément des tissus avoisinants.

Rapports. — Nous n'avons pas l'intention, dans ce travail, de reprendre toute la question de l'anatomie du périnée, qui a déjà été l'objet de si nombreux travaux et qui a donné lieu à de si ardentes controverses. Nous désirons simplement nous borner à notre sujet, et fixer, dans l'anatomie du périnée, quelques points précis que nos dissections nous ont permis de constater par rapport aux seules glandes de Cowper.

Pour ce faire, nous nous servons des renseignements fournis par la dissection de nos quinze pièces fraîches, toujours fixées dans la même situation et de la même façon, c'est-à-dire sur un liège, après introduction d'un Béniqué dans l'urèthre, de façon à tendre et à faire bomber la région de l'urèthre membraneux et du bulbe.

Les corps caverneux étant rapidement disséqués, puis écartés et fixés par un clou ou une érigne, voici comment la pièce se présente.

Au milieu, se voient le raphé des muscles bulbo-caverneux et ces muscles eux-mêmes, recouvrant le bulbe dont la coloration bleuâtre apparaît dès que l'on a achevé de libérer le bord externe de ces muscles. Tout à fait en dehors, se voient les corps caverneux érigés, à l'extrémité postérieure desquels on aperçoit la terminaison des fibres charnues des muscles ischio-caverneux.

Entre les deux organes, bulbe et corps caverneux, on voit de chaque côté un espace triangulaire à sommet antérieur confinant à la rencontre des corps spongieux et caverneux ; c'est à cet espace que l'on donne le nom de triangle ischio-bulbaire. Celui-ci est complètement fermé par une lame de même forme, laquelle, bien disséquée, apparaît comme une aponévrose formée de faisceaux nacrés transversaux, plus ou moins résistants selon les sujets. Cette lame aponévrotique n'est autre que le feuillet inférieur ou superficiel de l'aponévrose périnéale moyenne des auteurs classiques ou ligament de Carcassonne. Perdue en dehors sur le corps caverneux de son côté, on la voit en dedans se terminer par des trousseaux fibreux résistants sur la face latérale du bulbe, à laquelle elle adhère très fortement. Elle paraît se

terminer à ce niveau, quoique Pierre Delbet lui décrive un prolongement qui serait situé au-dessous du bulbe, entre cet organe et le bulbo-caverneux. Pour cet auteur, le bulbe ne serait donc pas placé entre l'aponévrose moyenne et l'aponévrose superficielle, mais bien au-dessus du feuillet inférieur de l'aponévrose moyenne, qui formerait pour le bulbe un moyen de fixation solide. Pour Hogge, ce feuillet serait, en réalité, constitué par les aponévroses qui recouvrent les faces supérieures des muscles ischio et bulbo-caverneux.

Quoi qu'il en soit, lorsque l'on veut disséquer la face profonde de ce feuillet aponévrotique, on éprouve les plus grandes difficultés. En effet, tous les organes sous-jacents, que l'on peut parfois apercevoir par transparence, lorsque la lame fibreuse est mince, adhèrent très intimement à cette face profonde, et il est très difficile de les en séparer. On y arrive cependant au prix de beaucoup de peine, et voici ce que l'on voit :

Toute la région est cachée par un réseau serré de petits vaisseaux, qui donnent à cette région du plancher uro-génital une coloration rougeâtre. Quelques coups de scalpel permettent de mettre à jour plus profondément des fibres musculaires transversales, plus ou moins développées, qui constituent par leur réunion le muscle transverse profond du périnée, muscle de Guthrie des classiques, dont l'étude a déjà fait couler des flots d'encre de plumes plus autorisées que la nôtre, et sur lequel les discussions ne semblent pas près d'être closes. En réalité, il paraît bien, d'après les travaux les plus récents (Holl, Delbet, Hogge), que ces fibres appartiennent à l'ensemble de la masse musculaire striée

qui entoure à l'origine le canal de l'urèthre dans sa portion initiale ; c'est donc bien une portion du sphincter strié de l'urèthre (Delbet) ou du diaphragme uro-génital (Holl) ou encore du sphincter uro-génital (Hogge). Pour notre part, nous limitant exclusivement à notre sujet, nous ne l'étudions que par rapport aux glandes bulbo-uréthrales chez l'adulte, dont nous allons maintenant décrire aussi minutieusement que possible les rapports exacts avec les plans et organes qui le traversent, notamment l'artère bulbaire.

C'est, en effet, au-dessus du feuillet superficiel de l'aponévrose périnéale moyenne, et sur le plan même des fibres musculaires que nous avons toujours trouvé les glandes de Méry, dans les cas où nos dissections ont heureusement abouti à leur découverte.



FIG. 6.

Rapports de l'artère bulbaire avec la glande de Cowper.

On voit l'artère se diviser sur la face superficielle et le pôle antérieur de la glande.

Le moyen le plus simple et le plus sûr pour les trouver est de sectionner très prudemment le feuillet aponévrotique le long de ses attaches bulbaire. Parfois, la glande transparaît, ce qui facilite singulièrement les recherches ; d'autres fois, elle est un peu plus profonde, cachée sous un mince rideau musculaire, et, en ce cas, voici ce que l'expé-

rience nous a appris. Il faut avant tout aller à la recherche de l'artère honteuse interne, que l'on trouve facilement à la périphérie de la pièce, avant son entrée dans l'épaisseur du plancher périnéal. L'artère une fois repérée est tendue et disséquée jusqu'à la naissance de l'artère bulbaire; c'est elle qui va désormais nous servir de guide, guide fidèle s'il en fût, puisque dans toutes les dissections où nous avons employé ce procédé, elle nous a mené directement sur la glande (fig. n° 6).

Ce rapport artériel est donc un rapport pour ainsi dire constant: lorsque la glande bulbo-urétrale est normalement développée, l'artère bulbaire, avant de s'enfoncer dans le bulbe, croise presque toujours la *face superficielle* de la glande. A quel niveau a lieu le croisement? Le plus souvent, c'est en avant, à l'union du tiers antérieur avec les deux tiers postérieurs de la glande, où se voit parfois une petite gouttière, oblique en avant et en dedans, creusée par le passage de l'artère. D'autres fois, celle-ci est un peu plus antérieure, et croise, non plus la glande, mais son canal excréteur (fig. n° 7). Quoi qu'il en soit, le fait important à retenir et qui, croyons-nous, n'a jamais encore été signalé, est ce rapport presque constant entre l'artère bulbaire et la face superficielle de la glande bulbo-urétrale.

Quant aux branches veineuses émanées du bulbe, elles sont à la fois plus antérieures et plus profondes, et n'affectent avec la glande que des rapports beaucoup moins intimes.

En arrière de l'artère bulbaire, la face superficielle de la glande de Méry, est le plus souvent *en contact direct avec la face profonde* du feuillet superficiel de l'aponévrose périnéale moyenne.

Elle est à ce niveau *très difficile à séparer* du plan fibreux auquel elle adhère intimement par un tissu conjonctif dense, et qui la sépare de la face profonde du bulbe, dont la saillie la recouvre, de sorte qu'il est bon, pour avoir le champ libre, d'ériger à ce moment le bulbe du côté opposé à celui où l'on travaille.



FIG. 7.

Rapports de l'artère bulbaire avec le canal excréteur de la glande de Méry.
La verge est fixée sur un liège et l'urètre tendu par un Béniqué.
Sous le bulbe, revêtu du bulbo-caverneux, on voit la glande de Méry droite, dont le canal excréteur est croisé superficiellement dans les rameaux artériels.

Ces rapports intimes avec le plan aponévrotique n'existent plus dans les cas rares où quelques faisceaux musculaires viennent s'interposer ; nous n'avons vu cette disposition que trois fois sur toutes nos dissections. En réalité, le plus souvent, le plan musculaire passe en entier sur la face

profonde de la glande, auquel il forme une sorte de lit. A ce niveau, contrairement à ce qui a lieu pour la face superficielle, il est très facile de séparer la glande du muscle, dont la sépare un tissu celluleux lâche, facile à dilacérer avec le dos du scalpel. Et, lorsque la glande a été relevée en masse, on voit très bien son empreinte moulée sur la face superficielle du corps charnu.

En continuant plus profondément la dissection, après avoir traversé le plan musculaire, on rencontre un deuxième feuillet aponévrotique, encore plus résistant que le premier et avec lequel la glande n'a pas de rapports intimes : c'est la portion rétro-urétrale du feuillet supérieur ou profond de l'aponévrose périnéale moyenne, pour la description duquel nous renvoyons aux plus récents traités d'anatomie, ne nous souciant pas de recommencer les discussions que ce sujet a déjà fait naître.

En résumé, les rapports exacts de la glande de Cowper peuvent être ainsi définis :

Située en plein plancher périnéal, entre les deux feuillets de l'aponévrose périnéale moyenne, la glande présente :

1° Une *face superficielle*, immédiatement accolée à la face profonde du feuillet superficiel de l'aponévrose moyenne, dont elle est séparée en avant par la portion terminale de l'artère bulbaire, et quelquefois par une mince couche de fibres musculaires.

Sur un plan plus superficiel se trouve la saillie bulbaire, qui recouvre presque complètement la glande sauf les cas où, très développée, celle-ci la déborde en dehors ;

2° Une *face profonde*, en contact direct avec le plan musculaire émané du sphincter strié de l'urèthre, dans lequel

elle se creuse une sorte de lit. Plus en dedans, elle répond à la paroi inféro-latérale de l'urèthre, dont elle est plus ou moins éloignée ; c'est ainsi que, immédiatement accolée à la paroi uréthrale, lorsqu'elle est pour ainsi dire sessile, elle peut parfois en être séparée par une distance de 6 à 8 millimètres, si elle est volumineuse et munie d'un long canal excréteur ;

3° Un *bord externe*, en rapport avec l'origine de l'artère bulbaire, oblique en avant et en dedans, et occupant l'angle dièdre formé par la rencontre des plans aponévrotique et musculaire ;

4° Un *bord interne*, séparé de celui du côté opposé par une distance variable, quelquefois réduite à quelques millimètres, et dépassant rarement un centimètre et demi ; il lui est parfois réuni par un petit pont glandulaire ;

5° Un *pôle antérieur*, presque toujours situé en avant de l'artère bulbaire, qui peut cependant, lorsque la glande est peu développée, se mettre en rapport direct avec son extrémité antérieure.

C'est de sa partie interne que naît le plus souvent le canal excréteur ;

6° Un *pôle postérieur* enfin, quelquefois bifide, plus ou moins étendu en arrière, où il peut effleurer le bord postérieur de l'aponévrose périnéale moyenne et entrer en rapport avec le bec de la prostate, entouré par les fibres demi-circulaires les plus inférieures du sphincter strié de l'urèthre

Canal excréteur. — C'est ici qu'il nous parait le plus rationnel de placer la description du canal excréteur, dont les rapports trouvent naturellement place à côté de ceux de la glande.

Nous dirons d'abord ce que nos dissections nous ont permis de constater, puis nous verrons ce en quoi nos idées à ce sujet diffèrent de celles de nos prédécesseurs par l'exposé de ce qu'ils ont décrit.

Dans tous les cas où les glandes n'étaient pas sessiles et avaient par conséquent un canal excréteur bien net, nous avons toujours vu naître celui-ci de la partie antérieure et profonde de l'organe. A ce niveau, il est entouré d'un tissu conjonctif dense, dépendance du centrum perineum pour Hogge (noyau central fibreux de Delbet), qui rend son isolement particulièrement pénible. Il se dirige alors très obliquement en avant et un peu en dedans, croisant souvent la face profonde d'un petit rameau de l'artère bulbaire ou de l'artère elle-même, puis allant à la rencontre de celui du côté opposé, il glisse entre le bulbe et la paroi uréthrale, dans laquelle il s'enfonce après un trajet maximum de 2 à 3 centimètres environ.

Nous insistons sur ce fait que, le plus souvent, nous avons vu le canal excréteur pénétrer dans l'urèthre sans avoir auparavant traversé le bulbe, comme il est classique de le dire depuis Gübler, dont nous donnerons plus loin la description.

Le plus souvent aussi, c'est le canal excréteur du côté gauche qui aboutit à l'urèthre le plus antérieurement.

Le calibre de ces conduits est en général suffisant pour admettre une soie de sanglier.

Quant à leurs orifices dans la cavité même de l'urèthre, nous devons à la vérité de dire que nous n'avons jamais pu les apercevoir à l'œil nu, sur sa paroi inférieure, malgré tous nos efforts. Cette recherche aurait sans doute pu être

facilitée par des injections intra-glandulaires de mercure ou de bleu de méthylène : mais nous avons le regret de dire que nous ne les avons pas faites, et que ce point un peu négligé de notre étude sera sans doute repris par nous dans des recherches ultérieures.

La description que nous avons donnée du trajet et des rapports du canal excréteur cowpérien est loin de ressembler à celle que, depuis Gübler, on a l'habitude de faire à son sujet.

Pour Gübler, en effet, le canal excréteur se détache bien de l'extrémité antérieure de la glande, mais il pénètre aussitôt dans le tissu spongieux, se porte en avant et en dedans vers la ligne médiane, et s'ouvre sur la paroi inférieure de l'urèthre, à côté de son congénère, par un pertuis assez difficile à apercevoir.

Parfois, quelques lobules erratiques l'accompagnent de chaque côté à 1 centimètre dans l'épaisseur du bulbe, d'où l'apparence d'une masse glandulaire unique, qui correspond à la formation décrite par Cowper comme une troisième glande bulbo-uréthrale.

Ces grains glanduleux erratiques, que n'avons pu retrouver, sont cependant admis par Kölliker, Hallé et Hogge, comme nous l'avons vu plus haut.

Quoi qu'il en soit, après leur traversée dans l'épaisseur du bulbe, les canaux excréteurs ne tardent pas à devenir sous-muqueux, et, après un trajet plus ou moins long, ils percent obliquement la muqueuse elle-même. On peut donc, d'après Gübler, leur considérer deux portions, l'une intra-spongieuse, l'autre sous-muqueuse, dont la longueur relative varie beaucoup. A ces deux portions, il nous semble

en tous cas logique d'en ajouter avec Delbet une troisième, portion primitive rétro-bulbaire, où le canal glisse entre le bulbe et l'urèthre membraneux, ce avant de pénétrer dans le bulbe. Pour nous, le plus souvent, comme nous l'avons vu, il n'existerait qu'une longue *portion sous-urétrale*, et une *portion intra-urétrale* généralement plus courte, où le canal glisserait à travers le tissu spongieux, puis au-dessous de la muqueuse.

Gübler assigne comme longueur totale au canal excréteur une étendue variant chez l'adulte de 3 à 6 centimètres. Cruveilhier l'aurait même vu atteindre une longueur de 8 centimètres.

Ces chiffres nous paraissent exagérés, car, pour notre part, nous n'avons jamais vu de canal excréteur aussi long : 3 centimètres de longueur nous semblent d'après nos dissections, être le maximum que puisse atteindre ce fin canal, si difficile à disséquer sans le rompre.

Quant aux orifices uréthraux, Gübler, plus heureux que nous, les décrit comme pouvant admettre un stylet chez l'adulte, et, chez l'enfant, une soie de sanglier ; il les place à la limite du bulbe et de la région pénienne. D'après Terraneus et Cowper, avant d'aboutir à ce point, les canaux excréteurs décrivent à leur terminaison des flexuosités, qui gênent pour le cathétérisme de ces conduits.

Ces orifices, d'après Gübler, ne se révèlent généralement à première vue par aucun signe ; cependant, quelquefois, on peut trouver un léger relief avec une dépression légère en avant ou une véritable fossette, circonscrite en avant par un repli muqueux arciforme. Chez les très jeunes sujets, on peut trouver les embouchures, soit en voyant par

transparence les lignes blanchâtres convergentes des canaux excréteurs, soit en comprimant la région d'arrière en avant, de façon à faire sourdre dans l'urèthre une gouttelette de mucus.

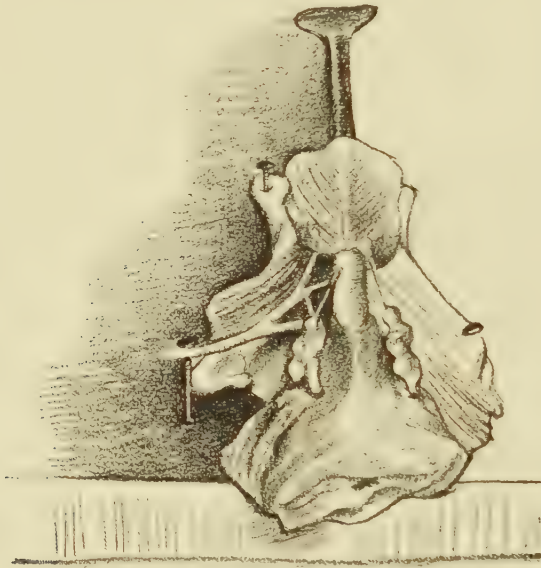


FIG. 8.

Glandes de Méry et canaux excréteurs.

Le bulbe est relevé.

On voit le canal excréteur du côté droit s'enfoncer directement dans l'urèthre. Celui du côté gauche y aboutit en un point plus antérieur.

Au pôle antérieur de la glande droite aboutit le petit rameau artériel de l'artère bulbaire.

Les orifices sont, tantôt situés à côté l'un de l'autre, tout près de la ligne médiane, tantôt confondus, tantôt enfin situés l'un derrière l'autre, sur une même ligne antéro-postérieure. En ce cas, c'est l'orifice du canal excréteur gauche qui est presque toujours le plus antérieur, d'où l'opinion

de Dufour, cité par Gùbler, qui voyait dans cette disposition anatomique la raison de la plus grande fréquence de la cowpérite à gauche. En réalité, comme nous l'avons vu plus haut, la cause nous en paraît être tout autre et des plus simples.

Tels sont les rapports de la glande de Méry et de son canal excréteur. Pour en avoir une vue d'ensemble, il est facile, après dissection faite de chaque côté, de relever peu à peu le bulbe d'arrière en avant, ce qui se fait aisément. C'est ainsi que, sur la figure ci-contre, on pourra vérifier ce que nous avons dit au sujet des canaux excréteurs et de leur défaut de trajet à travers le bulbe (fig. 8).

Il nous reste maintenant à examiner, d'après les rapports mêmes de la glande de Cowper, quelle est la voie la plus commode et la plus sûre pour l'aborder, et quels sont les divers plans qu'il faudra traverser dans ce but.

L'incision longitudinale le long du raphé périnéal ne donne pas assez de jour. Nous croyons bien préférable, avec MM. Hartmann et Lecène, d'employer l'incision préconisée pour la prostatectomie périnéale, c'est-à-dire l'incision transversale, arciforme à concavité inférieure, à extrémités répondant aux tubérosités ischiatiques.

La peau une fois incisée, on tombe sur un tissu cellulaire plus ou moins infiltré de graisse, et renfermant des branches de l'artère périnéale superficielle, que l'on doit lier sur le vivant.

Puis, prudemment, on se met à la recherche du noyau fibreux du périnée, corps périnéal de Dieulafoy, *centrum tendineum perinei* des Allemands. D'après Hogge, c'est un organe de forme irrégulière, allongé dans le sens du grand

axe du corps, placé entre l'urèthre et le rectum. « Ce centre, constitué de fibres conjonctives, élastiques, et surtout de fibres lisses allant du rectum à l'urèthre, est en outre traversé par de petits faisceaux des muscles striés qui viennent prendre insertion sur lui. C'est encore le trait d'union ou le point d'entrecroisement des muscles circonscrivant l'urèthre en avant, le rectum en arrière. C'est enfin le vestige de la fusion qui, à un moment donné du développement, s'est faite entre les parois latérales du cloaque et du muscle qui primitivement l'encerclait.

« Au centrum aboutissent en avant et sur les côtés : les muscles bulbo-caverneux et sphincter uro-génital ; en arrière et sur les côtés : le sphincter externe de l'anus et le sphincter rectal » (Hogge).

Le centrum étant repéré, on le sectionne, puis on dissèque prudemment droit devant soi, toujours plus près du bulbe que du rectum, jusqu'au moment où on rencontre le petit muscle recto-urétral de Roux, qui unit les deux organes. Dès que ce dernier obstacle est franchi, il suffit de décoller le rectum au doigt, ce qui se fait très aisément, et l'on met ainsi à découvert la face postérieure de la prostate et l'urèthre membraneux. Dès lors, c'est en avant du bec de la prostate, et sur les parties latérales de l'urèthre bulbaire, juste au-dessus du bulbe (ou plutôt en arrière dans la position de la taille) qu'il faut chercher la glande de Cowper. Celle-ci, pour peu qu'elle soit légèrement enflammée, se sentira facilement, et il suffira de fendre au bistouri le feuillet aponévrotique qui la recouvre pour la mettre à nu, en prenant garde à l'artère bulbaire qui, plus superficielle, pourrait être facilement blessée si l'on n'y faisait attention.

§ 4. — **Histologie.**

Grâce aux deux figures (n^{os} 9 et 10), il sera, pensons-nous, facile de saisir les principaux points importants de l'histologie de la glande de Cowper.



FIG. 9.

Coupe totale de la glande de Cowper vue à un très faible grossissement (20/1).
— On voit en bas les acini glandulaires et en haut les sinus collecteurs auxquels font suite les canaux excréteurs proprement dits.

La figure n° 9 représente une coupe d'ensemble de la glande au très faible grossissement (20 fois). On voit très bien l'aspect ampullaire des canaux excréteurs, dilatés en véritables sinus à leur sortie de la glande, et au contraire l'aspect homogène de la partie sécrétante.

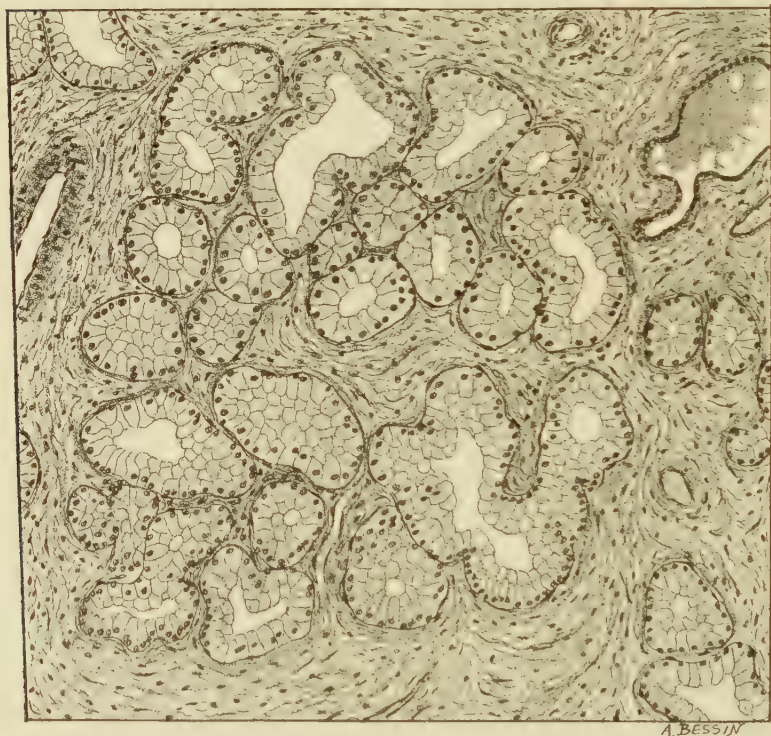


FIG. 10

Coupe de la glande de Cowper vue à un fort grossissement (250/1) ; on voit la structure des acini avec leur épithélium finement granuleux ; en haut et à droite, on aperçoit un canal excréteur intraglandulaire, reconnaissable à son épithélium cubique bas, bien différent de celui des acinis sécréteurs.

La glande de Cowper appartient au type des glandes en grappe ou acineuses, ou mieux, d'après Tourneux, à celui des glandes sacculiformes composées.

Les *acini sécréteurs* sont représentés par des sacs bosselés de 50 à 60 μ ; leur structure est la suivante : en dehors, une paroi propre, ou basale, extrêmement mince ; en dedans, un épithélium cylindrique cubique, formé d'une seule rangée de grosses cellules de 20 μ , en moyenne ; le protoplasma de ces cellules est en général clair, renfermant cependant un certain nombre de grosses granulations réfringentes ; le noyau, toujours bien coloré, occupe la base de la cellule (pour ces détails, voy. la fig. n° 10).

Les *canaux excréteurs* naissent dans l'épaisseur de la glande par des canaux de transition, dont l'épithélium est cubique, bien plus aplati que celui qui revêt les acini ; on voit sur la figure 10 un de ces canaux excréteurs intra-glandulaires.

Il est rare de trouver autour de ces premiers canaux glandulaires, une paroi bien nette, formée de fibres musculaires lisses.

Au contraire, les gros canaux excréteurs, qui font suite à ceux-ci, sont caractérisés par deux faits importants : leur épithélium devient prismatique stratifié, et leur paroi propre s'infilte de fibres musculaires lisses. Il en est ainsi pour les *sinus collecteurs*, qui représentent la confluence des premiers canaux excréteurs intra-glandulaires, et, pour les *deux canaux terminaux*, qui vont se jeter dans l'urèthre spongieux après un trajet parfois fort long. Au niveau de leur orifice uréthral, l'épithélium de revêtement des canaux excréteurs devient tout à fait semblable à celui de l'urèthre (épithélium polyédrique stratifié).

La *charpente de la glande* est formée avant tout de tissu conjonctif assez lâche, qui s'infilte autour des acini, et leur

apporte les vaisseaux et les nerfs. Ce tissu conjonctif n'est infiltré de *fibres musculaires lisses* que vers le centre de la glande, vers le point où les canaux excréteurs se renflent en véritables *sinus collecteurs* (voy. fig. 9). Il y a là un *hile conjonctivo-musculaire* qui renforce beaucoup la charpente conjonctive de la glande ; au contraire, dans le reste de la glande, il n'y a pour ainsi dire pas de fibres musculaires lisses.

A sa périphérie, la glande de Cowper est enveloppée par une capsule conjonctive ; mais le fait particulier est que cette capsule, simple renforcement du tissu conjonctif de la glande, est très intimement unie aux muscles voisins ; il n'y a pas de plan de clivage net autour de la glande, et, le plus souvent, sur des coupes de la glande cependant isolée par dissection, on retrouve un grand nombre de fibres musculaires striées, qui infiltrent la capsule conjonctive. Ce fait histologique explique bien les difficultés souvent très grandes que nous avons rencontrées dans la dissection de cet organe, et, de plus, montre que, très vraisemblablement, les muscles striés du périnée exercent une action adjuvante dans l'excrétion du liquide produit par la glande.

Ce *liquide de sécrétion* de la glande de Cowper est encore mal connu. D'après Henle (*Handbuch des systematisch. Anatom.*, 1866, t. II, p. 394), ce serait une substance albuminoïde spéciale, et non du mucus. Pour notre part, nous avons, dans plusieurs cas, constaté *toutes les réactions histo-chimiques du mucus* sur le liquide contenu dans les acini et les canaux excréteurs de la glande. D'après Tournoux, on pourrait rencontrer dans les glandes bulbo-uréthrales des concrétions azotées, comparables aux sym-

pexions de Robin, décrits par cet auteur dans la prostate.

Par sa structure, la glande de Méry ou Cowper occupe donc une place particulière parmi les glandes juxta-uréthrales : elle diffère de la prostate d'une part et des glandes uréthrales (follicules, lacunes de Morgagni, glandes de Littre) d'autre part. Il semble que, par le rôle de son produit de sécrétion, elle doive être plutôt rattachée, comme la prostate, à l'appareil génital qu'à l'appareil urinaire. Enfin, rappelons que les glandes vulvo-vaginales de la femme, ou glandes de Bartholin, sont absolument identiques par leur structure histologique aux glandes de Cowper de l'homme (de Sinéty).

§ 5. — Vaisseaux et nerfs.

D'après Gübler, les artères de la glande de Cowper viennent de l'artère transverse du périnée ; les rameaux veineux se rendent dans la veine correspondante et probablement aussi dans le plexus prostatique. Les lymphatiques paraissent aboutir aux ganglions inguinaux inférieurs ; les filets nerveux proviennent du nerf honteux interne.

A ce sujet, voici ce que nous avons pu voir sur quelques-unes de nos dissections, dans les cas où les tiraillements nécessités par la mise à nu de la glande n'ont pas rompu les vaisseaux si fins qui s'y rendent. La glande de Cowper reçoit de l'artère bulbaire une fine artériole qui naît le plus souvent au bord externe, tout près de l'extrémité postérieure de l'organe, dans lequel elle s'enfonce après un trajet de cinq ou six millimètres environ. Une fois, nous avons trouvé une disposition très spéciale ; il s'agissait d'un ra-

meau vasculaire très fin et très long qui, né de l'artère uréthrale du côté droit, venait, par un trajet direct d'avant en arrière dans l'épaisseur du plancher périnéal, aboutir directement au pôle antérieur de la glande bulbo-urétrale droite.



FIG. 11.

Anomalie d'irrigation artérielle de la glande de Méry. On voit aboutir, au pôle antérieur de la glande, une fine artériole, provenant de l'artère uréthrale.

Sur cette pièce, rapports normaux entre la glande et l'artère bulbaire.

Quant aux veines, elles sont généralement au nombre de deux, et suivent un trajet inverse à celui de la petite artère à laquelle elles correspondent. Plus longues que celle-ci et situées profondément, elles vont aboutir aux veines bulbaires qui cheminent sur un plan un peu postérieur à l'artère de même nom, et vont se déverser dans la veine honteuse interne.

Les lymphatiques n'ont pas été injectés par nous.

Pour ce qui est des nerfs, outre les filets ténus qui proviennent du rameau profond du périnée du honteux interne (rameau bulbo-urétral de Cruveilhier, qui accompagne

l'artère bulbaire en dehors de laquelle il est situé), il est possible qu'il existe encore quelques ramuscles nerveux péri-vasculaires, émanés du système sympathique, et allant contribuer à l'innervation vaso-motrice et sécrétoire de la glande de Cowper.

Soulié en effet (*Traité d'anatomie humaine*, POIRIER-CHARPY, t. III, p. 1222) décrit certains filets du grand nerf caverneux, émané du plexus caverneux lequel fait suite au plexus prostatique, filets « qui atteignent le corps spongieux, et se terminent au contact des dernières ramifications de l'artère bulbaire ». Peut-être quelques-uns de ces rameaux aboutissent-ils jusqu'à la glande ; pour s'en assurer, il serait utile de recourir à l'examen microscopique.

CHAPITRE III

Physiologie.

Produit de sécrétion. — Le produit de sécrétion, tel qu'il nous est apparu au cours de deux dissections, où le conduit excréteur fut entamé d'un coup de scalpel maladroit, se présente sous forme d'un liquide très dense, visqueux, incolore, s'agglutinant en gouttelettes très adhérentes aux parois du canal à travers lequel elles font hernie. Une de ces gouttelettes, prise sur la pointe du scalpel, paraît sous forme d'une petite masse gélatiniforme et transparente ; en prenant cette petite masse entre les doigts, et en cherchant à écarter ceux-ci, on constate que le liquide de sécrétion est si visqueux qu'il s'étire facilement en fils longs de 5 à 6 centimètres avant de se rompre.

Ces caractères sont bien ceux que Gübler assigne au liquide cowpérien ; il en ajoute un autre consistant en ce fait que le liquide mousse comme du savon, si on le frotte entre les doigts ce dont nous avons voulu faire l'expérience, sans succès d'ailleurs.

Au point de vue histologique, le mucus des glandes de Cowper renferme, d'après Gübler, des cellules épithéliales en pavé, arrondies à l'état isolé. Elles sont petites, à parois très pâles et finement ponctuées, à noyaux arrondis, chargés de granules égaux, sans apparence de nucléole. C'est à la liquéfaction de la substance qui constitue la paroi des

cellules épithéliales que cet auteur attribue la consistance visqueuse du liquide de sécrétion. Il insiste de même sur les différences qui séparent ce liquide du liquide prostatique, et il en conclut que les glandes de Méry, fort différentes de la prostate par leur organisation et leur sécrétion, ne sont donc pas des glandes accessoires de celle-ci.

D'après Quénu, l'humeur des glandes de Cowper, dépourvue d'éléments anatomiques, est hyaline, filante, non coagulée ni striée par l'acide acétique.

Henle, cité dans Cruveilhier et M. Sée, a trouvé, sur des pièces dans l'alcool, les ramifications du canal excréteur très dilatées et remplies d'une substance compacte vaguement soluble dans l'acide acétique et la potasse. Pour lui, c'est un dérivé d'albumine et non du mucus.

En réalité, comme nous l'avons vu plus haut, le liquide de sécrétion est bien du mucus, nettement reconnaissable à ses réactions histo-chimiques.

Usages. — L'opinion la plus accréditée depuis Gübler est que les glandes de Méry paraissent être en rapport avec les besoins des fonctions génératrices.

Bien avant lui déjà Galien, puis Riolan, avaient pensé que l'afflux du mucus était indispensable à la régulière émission du sperme, et que son défaut rendait l'éjaculation moins lubrique et moins prompte, peut-être même, d'après Terranens, Cowper et Duverney, ce défaut pouvait-il pervertir ou annihiler les appétits vénériens.

Littre combattit cette théorie, en s'appuyant sur ce fait que l'érection du tissu spongieux, comprimant les parois des canaux excréteurs, empêche la déplétion de la glande à ce moment. En réalité, comme l'a montré Gübler, l'érec-

tion se fait en tous sens, de façon excentrique, et tend donc à dilater les canaux excréteurs tout comme elle rend béant le canal de l'urèthre, simple cavité virtuelle dans l'état de flaccidité.

En réalité, ainsi que le dit Quénu, la sécrétion des glandes uréthrales est liée à l'érection et précède l'éjaculation. D'après Sappey, Charpy, Delbet, elle contribue avec le liquide de la prostate et des glandes uréthrales, à lubrifier le conduit que doit parcourir le sperme.

C'est ce liquide qui se déverserait sur le gland au début de l'orgasme vénérien, de façon à faciliter l'intromission et le glissement du membre viril ; c'est là l'opinion déjà formulée par Ricord.

Quant à ce fait que l'excrétion du liquide cowpérien précéderait l'éjaculation proprement dite, il semble prouvé par l'observation recueillie par Quénu dans le service de Després, et reproduite dans les thèses successives de Gruget et Couillard, observation dans laquelle il est dit que le malade avait remarqué que la fistule (consécutive à une ancienne cowpérite) coulait davantage au moment des rapprochements sexuels et surtout avant l'éjaculation.

D'après tout ce qui précède, on peut donc dire que les glandes bulbo-uréthrales sont de véritables glandes *génitales*, ajoutant au sperme leur produit, qui précède la projection de celui-ci. Plus simplement encore, d'après leur embryologie même et leur structure, ce sont, comme le dit Delbet, des glandes muqueuses, plus développées que les autres glandes muqueuses de l'urèthre. De même, la plupart des auteurs modernes, contrairement à l'opinion de Gübler, considèrent ces glandes comme connexes de la prostate et destinées aux mêmes usages.

En effet, outre leur origine semblable aux dépens d'une même portion du canal de l'urèthre primitif, les deux organes auraient, d'après Charpy, une évolution absolument identique.

D'après cet auteur, en effet, les glandes bulbo-uréthrales se développent à la puberté, s'atrophient en hiver chez les animaux hibernants, pour se développer au moment du rut, tout comme la prostate ; comme celle-ci aussi, elles deviennent scléreuses par l'émasculatation.

En résumé donc, prostate, glandes de Méry, glandes uréthrales ne sont que des stades plus ou moins développés d'organes glandulaires semblables au début, dont les produits, plus ou moins différenciés, concourent cependant au même but, la fluidité du sperme, presque concret au sortir des canaux déférents. En particulier, le liquide visqueux des glandes de Cowper lui communique en partie sa viscosité (Langlois et de Varigny).

Telle n'est cependant pas l'opinion de Henle : en effet, cet auteur a retrouvé la substance albumineuse — dont nous avons parlé plus haut et qu'il regarde comme produit de sécrétion des glandes de Cowper — chez les enfants, peu après la naissance. Il en conclut que ces glandes, contrairement à la prostate, sont des annexes de l'appareil urinaire destinés à verser dans l'urèthre une humeur qui lubrifie la muqueuse à chaque miction.

Cette théorie ne nous paraît pas soutenable, et, pour nous comme pour la majorité des auteurs, les glandes bulbo-uréthrales sont de véritables glandes génitales, utiles, sinon nécessaires, à la reproduction de l'espèce.

Essai de physiologie glandulaire. — Il ne nous reste

plus, afin d'en avoir terminé avec la physiologie des glandes bulbo-uréthrales, qu'à essayer d'étudier la véritable physiologie glandulaire, c'est-à-dire les phénomènes destinés à amener la sécrétion et l'excrétion du liquide cowpérien.

Ces phénomènes doivent être les mêmes que pour toute autre glande. En conséquence, la sécrétion des glandes de Méry doit être sous la dépendance, à la fois du système nerveux et du système vasculaire, celui-ci étant d'ailleurs régi par celui-là, grâce aux filets vaso-moteurs qu'il en reçoit.

Au sujet de ces glandes, nous ne pouvons que soupçonner ces phénomènes multiples ; mais il nous semble logique d'admettre qu'ils sont les mêmes pour toutes les glandes génitales, et que celles-ci, concourant au même but, sont régies par les mêmes lois vasculaires et nerveuses.

Il en résulte que, pour nous, la sécrétion cowpérienne, réflexe comme la sécrétion prostatique, est amenée en même temps que l'érection, par l'excitation périphérique de la muqueuse du gland, excitation transmise aux centres médullaires par l'intermédiaire du nerf dorsal de la verge, branche du honteux interne. Ce premier segment de l'arc réflexe peut d'ailleurs être remplacé par une excitation venue directement des centres supérieurs. Quoi qu'il en soit, le réflexe s'accomplit au niveau de la moelle lombaire, dans ce centre génito-spinal, que Budge a localisé à la hauteur de la quatrième lombaire chez le chien. De là, l'excitation transformée est portée aux cellules glandulaires, par l'intermédiaire soit du nerf honteux interne et du rameau profond du périnée, soit du sympathi-

que et de ses rameaux vasculaires émanés du plexus hypogastrique. Peut-être, au sein même de la substance glandulaire y a-t-il des filets sécrétoires proprement dits : peut-être n'y a-t-il que des fibres vaso-motrices amenant la sécrétion par simple augmentation de tension vasculaire. En réalité, nous ne pouvons à ce sujet formuler que de vagues hypothèses, qui nous semblent plausibles, étant donné les résultats si précis que l'on a obtenu déjà au point de vue physiologique sur la sécrétion d'un certain nombre de glandes, et notamment la glande sous-maxillaire.

La sécrétion des glandes de Méry nous paraît donc devoir se faire au moment de l'érection, et dépendre des causes qui amènent celle-ci.

Le liquide qui en résulte chemine dans le conduit excréteur, poussé par la vis à tergo (Gübler) et aussi, d'après Terraneus, par les contractions de la tunique musculaire existant dans les conduits excréteurs ; cet auteur admet même la circulation par influence artérielle.

En réalité, ainsi que le dit Quénu, il faut attribuer une grande importance aux fibres musculaires striées qui se trouvent au voisinage de la glande. « La situation de ces glandes, écrit-il, entre deux plans musculaires, chez beaucoup d'animaux, indique que, de même que pour les autres glandes de l'urèthre, tout est disposé pour une sécrétion abondante et rapide et pour une excrétion brusque comme l'éjaculation elle-même. »

Sur nos sujets, nous l'avons vu, les glandes bulbo-urétrales sont situées, non entre les fibres musculaires du transverse profond, mais entre celui-ci et le plan résistant formé par le feuillet superficiel de l'aponévrose périnéale

moyenne. Il en résulte cependant que la glande peut être comprimée assez énergiquement d'avant en arrière sur ce plan dans la contraction du muscle, et que, ce faisant, son liquide de sécrétion peut être exprimé par le même mécanisme et chassé le long du canal excréteur jusqu'à l'orifice uréthral de celui-ci. Les fibres musculaires striées annexées à la capsule de la glande peuvent sans doute, comme nous l'avons vu plus haut, agir dans le même sens.

Le liquide se mélange à ce niveau avec le sperme, déjà dilué par l'adjonction des différents liquides sécrétés par les vésicules séminales, la prostate, les glandes de Littre ; il lui communique en partie sa viscosité, et est chassé avec lui par les contractions spasmodiques de l'éjaculation, dont nous n'avons pas à étudier le mécanisme, renvoyant pour cela aux traités de physiologie qui l'exposent en détail.

DEUXIÈME PARTIE

PATHOLOGIE

CHAPITRE PREMIER

Historique.

Les premiers écrits relatifs à la pathologie des glandes de Méry, remontent, non à celui-ci, mais à Cowper, qui, nous l'avons vu, les découvrit une seconde fois et leur donna son nom.

En effet, dès 1702, cet auteur émet l'opinion que la liqueur visqueuse et diaphane qui se montre à la fin des gonorrhées, et qui, en Angleterre, est connue sous la dénomination de *a gleet*, a son origine dans les glandes bulbo-uréthrales. Cet écoulement peut devenir incurable, si le sphincter de l'embouchure du canal excréteur est détruit par un ulcère vénérien, d'où il conclut en réprochant les astringents et les cathétériques trop répétés.

En 1709, Terraneus signale les affections des « adstites conglomérées » dans les différentes gonorrhées. Il apporte quelques observations personnelles, dont l'une a trait à une maladie singulière, due à l'oblitération du canal excréteur.

En 1711, Littre (obs. sur la gonorrhée) établit que l'écoulement a parfois son siège dans les glandes de Cowper.

J.-L. Petit reconnaît à certains abcès du périnée cette origine glandulaire. Cette opinion, confirmée par Morgagni à la suite de plusieurs autopsies, est ensuite adoptée par B. Bell, Boerhaave, Van Swieten, Astruc, et finit par se vulgariser.

Ces données se perdent cependant par la suite avec Lassar, Desault, Bichat, Boyer, Chopard, Richerand... qui méconnaissent complètement les affections des glandes de Méry ; d'autres, dont Hunter, les soupçonnent, mais il faut arriver à Swediaur pour voir réapparaître les anciennes théories.

Celles-ci sont défendues ensuite par Ricord qui, dans ses *Leçons*, s'efforce d'attirer l'attention des cliniciens sur les abcès blennorrhagiques des glandes de Cowper.

C'est alors que Gübler, dans sa remarquable thèse inaugurale (1847) donne de l'affection une description désormais classique. Il décrit les inflammations des glandes de Méry et admet l'existence d'une variété de kyste glandulaire produit par oblitération du conduit excréteur, et rétention du liquide de sécrétion.

C'est son travail qui a servi de base aux descriptions de la plupart des auteurs qui l'ont immédiatement suivi, tels qu'Aribaud (1), Robert (2), Rollet (3), Philips, Voillemier (4),

(1) SWEDIAUR, *Tr. des mal. syphil.*, Paris, 1817.

(1) ARIBAUD, *ib.* 1861.

(2) ROBERT, *Nouveau traité des mal. vénér.*, 1861.

(3) ROLLET, *Mal. vénér.*

(4) VOILLEMIER, *Mal. de l'urèthre.*

Fournier (1), Ch. Hardy (2) ; ils ont tous apporté en outre à cette étude le contingent de leurs recherches personnelles.

Depuis, la question a été reprise tant en France qu'à l'étranger ; Ricordi Amilcare (3) Ravogli et Rasori (4), contribuent à cette étude en Italie.

En France, nous trouvons différentes thèses sur le même sujet : Nicolle (5) se contente d'ajouter à un résumé qu'il fait de Gübler trois observations personnelles sans grande valeur. Gruget (6) insiste surtout sur les cowpérites chroniques avec fistulisation, celle-ci étant due, d'après lui, à la continuation de la sécrétion glandulaire, alors que l'excrétion ne se fait plus par les voies naturelles.

C'est avec Couillard (7) que, dans l'étude de la cowpérite chronique avec fistule, on voit apparaître pour la première fois la notion de la nature tuberculeuse possible de l'affection. Cet auteur apporte en outre une observation concernant un kyste de la glande de Cowper, diagnostic fait seulement par exclusion, sans autre contrôle positif.

Mais c'est seulement dans ces dernières années qu'a vraiment paru au jour la possibilité de l'infection des glandes de Méry par le bacille tuberculeux.

(1) FOURNIER, Article du *Dictionn. de Médec. et de Chir.*

(2) CH. HARDY, *Mém. sur abcès péri-uréthraux.*

(3) RICORDI AMILCARE. Del catarro cronico del condotti delle ghiandole di Mery, *Giornal ital. delle malat. vener. et dello pelle*, Milano, 1871.

(4) RAVOGLI ET RASORI, Mal. vénér. I. cowpérite, *Giornal ital. delle malat. vener. et dello pelle*, Milano, 1880.

(5) NICOLLE, *De la cowpérite*, th. Paris, 1873.

(6) GRUGET, *De la fistule de la glande de Cowper*, th. Paris, 1876.

(7) COUILLARD, *Contribution à l'étude des affections des glandes bulbo-uréthrales*, Paris, 1876.

Dès 1878 cependant, Tapret (1), tout en n'admettant qu'un seul point de contact entre la cowpérite et certaines phtisies urinaires, à savoir l'existence de trajets fistuleux, signalait pourtant la possibilité des granulations et ulcérations uréthrales tuberculeuses, s'accompagnant d'une phlegmasie de même nature des glandes de Cowper.

Kauffmann (2) et Senn (3) étudient la tuberculose uréthrale et parlent incidemment de cette localisation possible de la tuberculose, sans donner des détails bien précis.

Englisch (4) est le premier qui décrive un peu longuement la tuberculose de la glande de Cowper, laquelle peut devenir le point de départ de péri-urétrites tuberculeuses avec fistules différemment orientées.

MM. Hartmann et Lecène (5) apportent deux observations, dont la première répond assez exactement aux cas d'Englisch, abcès froids fistulisés à point de départ probable dans la glande de Cowper. Mais en outre, et contrairement à tous leurs devanciers, qui n'avaient émis que des hypothèses sans contrôle sérieux, ils montrent, dans la seconde observation, où « les coupes histologiques ont permis de suivre l'évolution du processus tuberculeux dans les

(1) TAPRET, Et. sur tuberc. urinaire dans *Arch. génér. de méd.*, Paris, 1878, t. I, p. 513 et 1879, t. II, p. 57 et 405.

(2) KAUFFMANN, *Deutsche Chirurgie Liefer*, 40 a. p. 152, Stuttgart, 1886.

(3) SENN, *Tuberculosis of the genito-urinary organs*, Chicago, 1897, p. 29.

(4) ENGLISH, *Med. Jahr. Wien*, 1883.397.428, puis *Central Blatt für Chir.*, Leipzig, 1891, p. 819 et enfin *Central Blatt für Harnkrank*, 1897, p. 341.

(5) HARTMANN et LECÈNE, Tuberculose de la glande de Cowper, 6^e Session de l'Associat. franç. d'urologie, Paris, 1902.

acini glandulaires » que « la tuberculose peut envahir primitivement la glande de Cowper » alors qu'il n'existe aucune autre lésion bacillaire de l'appareil génito-urinaire.

A la suite de cette importante communication, MM. Hallé et Hogge prirent la parole pour confirmer ces données et attirer surtout l'attention sur la portion intra-bulbaire des glandes de Cowper.

Les affections des glandes de Cowper se sont encore enrichies tout récemment d'un important travail de Hallé et Motz (1) sur la tuberculose uréthrale et d'un autre article de Motz et Bartrina (2) dans lequel les auteurs s'efforcent de prouver, d'après de nombreuses pièces du Musée de Necker, que les inflammations glandulaires périnéales, et notamment les cowpérites sont, chez les rétrécis, la cause réelle des graves accidents connus sous le nom d'abcès urineux et de phlegmons diffus du périnée (infiltrations d'urine des classiques).

Enfin, nous avons trouvé dans Kauffmann les trois seuls cas publiés de tumeur maligne primitive de la glande de Cowper, dont le diagnostic certain a été fait par l'examen microscopique.

Ce seront les seules observations étrangères que nous reproduirons, et nous y joindrons nos observations personnelles, celles qui ont fait l'objet de la communication de MM. Hartmann et Lecène, et une observation résumée de cowpérite bulbaire présumée tuberculeuse, qui

(1) HALLÉ et MOTZ, Tuberculose de l'urèthre, *Annales des mal. des org. génito-urinaires*, 1902-1903.

(2) MOTZ et BARTRINA, Contribution à l'étude des abcès périnéaux et des phlegmons diffus d'origine uréthrale, *Annales des mal. des org. génito-urinaires*, 1^{er} novembre, Paris, 1903.

nous a été aimablement transmise par le D^r Hogge de Liège.

C'est de tout ce long historique, où l'on voit se dérouler par étapes l'étude de plus en plus serrée des affections bulbo-uréthrales que nous pouvons déduire le plan et le développement logique de notre thèse.

Pour nous, il existe deux sortes de cowpérites :

1° Les *cowpérites aiguës*, le plus souvent d'origine blennorrhagique, aboutissant à la formation d'abcès, non compliquées et guérissant rapidement, sauf les cas où, chez les rétrécis, se produisent ces phénomènes suraigus dont parlent Motz et Bartrina (si toutefois leur théorie est vraie).

2° Les *cowpérites chroniques*, parmi lesquelles :

Les unes sont *fermées*, non fistulisées.

Ce sont, soit de véritables *cowpérites à répétition*, soit des *kystes cowpériens*, par oblitération du conduit excréteur et dilatation de la glande.

Les autres sont *ouvertes*, fistulisées.

Il s'agit alors, soit de fistules simples, par passage permanent du liquide de sécrétion, ainsi que l'a montré Gruget, soit de fistules tuberculeuses d'origine glandulaire, véritables abcès froids périnéaux sans tendance à la cicatrisation spontanée. Enfin, il existe des cas non douteux de tumeurs malignes primitives de la glande de Cowper.

C'est donc dans cet ordre que nous étudierons les affections de la glande de Cowper.

Il faudrait encore, pour être d'accord avec Motz et Bartrina, faire un chapitre à part pour les cowpérites aiguës chez les rétrécis ; mais, quelque séduisante que soit leur théorie elle n'est nullement prouvée ; en tout cas, elle est trop absolue. On ne s'explique pas pourquoi on ne rencontrerait,

jamais le syndrome si grave du phlegmon diffus périnéal dans les cowpérites aiguës d'origine blennorrhagique, même compliquées de perforation de l'urèthre ; en réalité, un tel fait n'a jamais été signalé.

De plus, une cowpérite assez intense pour amener d'aussi graves désordres devrait donner lieu à des symptômes propres facilement reconnaissables avant l'apparition des phénomènes infectieux : les auteurs, qui ont formulé leur théorie d'après des pièces cadavériques du Muséum Guyon, n'en font pas mention, pas plus que tous ceux qui ont écrit sur les phlegmons du périnée ne parlent d'une telle pathogénie. Pour nous, qui avons pu observer à l'hôpital Lariboisière une quinzaine de cas de phlegmons diffus périnéaux d'origine urinaire, nous n'avons jamais relevé de symptômes prémonitoires pouvant être rapportés à une cowpérite aiguë primitive. Peut-être Motz et Bartrina, dont le travail ne repose pas sur des faits cliniques, ont-ils pris des effets pour des causes, et peut-être est-ce au cours de phlegmons spécialement virulents que les glandes de Cowper ont été atteintes secondairement par le processus infectieux.

Nous étudierons donc :

A. Cowpérites aiguës: a) Blennorrhagiques.

b) Urinaires.

B. Cowpérites chroniques. a) Fermées : 1° Cowpérites à répétition.

2° Kystes de la glande.

b) Ouvertes : 1° Simples.

2° Tuberculeuses.

C. Tumeurs malignes primitives de la glande de Cowper-

CHAPITRE II

Cowpérites aiguës.

Etiologie. — Pathogénie. — La cowpérite aiguë, comme toute inflammation, a pour facteur unique l'*infection*, infection qui provient presque toujours de l'urèthre, et se transmet à la glande par l'intermédiaire de son canal excréteur.

Peut-être y a-t-il des cas, où, soit une infection générale par la voie sanguine, soit une infection locale voisine par la voie lymphatique, peut atteindre la glande de Cowper. C'est là une hypothèse assez plausible, quoique nous ne l'ayons vue vérifiée nulle part et quoique, personnellement, nous n'en ayons eu aucun exemple.

Nous éliminons donc, par cette seule définition, la cowpérite dite *traumatique* qui, pour nous, n'existe pas ; il ne peut en effet y avoir inflammation de la glande que s'il y a infection, et le traumatisme, comme nous le verrons tout à l'heure, ne peut que donner le coup de fouet nécessaire à la production de la cowpérite.

Les auteurs qui, avant nous, ont étudié ce sujet, admettent cependant en certains cas le traumatisme comme suffisant à provoquer l'inflammation glandulaire ; Gübler, Nicolle, Couillard, sont partisans de cette théorie ; tout récemment encore, Ozenne a publié un cas de cowpérite bilatérale traumatique causée, chez un bicycliste, par la projection

du périnée sur le bec de la selle (*Journ. de méd. de Paris*, 1900, p. 225).

Cette notion n'est pas valable à notre avis, et l'urèthre doit avoir été primitivement touché pour que le traumatisme puisse avoir une telle influence.

La cowpérite peut donc apparaître dans toute uréthrite, de quelque nature qu'elle soit ; mais en réalité, c'est l'*uréthrite blennorrhagique* aiguë qu'elle complique le plus souvent. Aiguë ou chronique, la chaudepisse est, dans l'immense majorité des cas, la cause première de la cowpérite ; mais il s'en faut que ce soit toujours le gonocoque de Neisser que l'on rencontre dans le pus, après incision de la poche périnéale. On peut le retrouver, bien entendu, soit seul, soit associé aux microbes banaux de l'urèthre, devenus pathogènes ; mais il est des cas, en somme assez fréquents, où l'infection glandulaire est sous la dépendance de ces derniers seuls et notamment du staphylocoque doré. C'est ainsi que, sur les 10 cas que nous publions plus loin, il y en a 2 dus au gonocoque seul (Obs. II et VI), 2 causés par le gonocoque et le staphylocoque (Obs. I et IV), 3 enfin où le seul staphylocoque était en jeu (Obs. V, VII et VIII) ; dans 3 cas, l'examen du pus n'a pas été fait.

Cette complication de la blennorrhagie aiguë est d'ailleurs assez rare ; en effet, dans la thèse de Gübler, on peut lire la phrase suivante : « Ricord, dans son immense pratique, n'en rencontre guère chaque année qu'une demi-douzaine de cas terminés par suppuration, mais il est porté à croire que l'inflammation bornée à ses premières périodes est plus fréquente qu'on ne pourrait le supposer, et que les tensions douloureuses qui se manifestent au voisinage du

bulbe dans le cours d'une blennorrhagie intense sont dues à l'engorgement inflammatoire des glandes de Méry. » De même, Aribaud n'en a pas observé un cas en 4 mois, pas plus que Nicolle en 6 mois.

A ce sujet, Ravogli et Rasori n'ont observé leur premier cas de cowpérite qu'en 1880, malgré leur pratique médicale pourtant très étendue à cette époque.

De même Legueu admet la rareté de cette affection. « Il est même probable, dit-il, qu'on a attribué à ces glandes des abcès nés autour de l'urèthre. »

Pour nous, en trois ans, dans le seul service de Lariboisière, nous avons pu réunir 10 cas de cowpérite suppurée tant au cours de blennorrhagie aiguë que de blennorrhée ; peut-être y en a-t-il eu en outre un certain nombre qui, soignées dès le début à la consultation, ont disparu sans arriver à la phase de suppuration nécessitant une intervention rapide. En conséquence, la rareté de cette affection ne nous paraît pas devoir être exagérée. D'après Motz et Bartrina, ce serait la longueur de leur conduit excréteur qui protégerait dans une certaine mesure les glandes de Cowper contre l'infection par les microbes de l'urèthre ; sans cette condition anatomique, disent-ils, la suppuration des glandes de Cowper serait beaucoup plus fréquente que celle de la prostate. D'autre part, certaines uréthrites chroniques rebelles pourraient être dues à la réinfection constante de l'urèthre par les microbes qui ont pu pénétrer jusqu'aux culs-de-sac des glandes de Cowper.

Quoi qu'il en soit, pour que les glandes de Méry soient atteintes, il faut que le processus ait gagné l'urèthre profond et l'embouchure de leurs canaux excréteurs ; il y a dès

lors inflammation par continuité anatomique. C'est dire que la cowpérite est une complication relativement tardive de la blennorrhagie : la plupart des auteurs la font en effet débiter vers la troisième semaine après le commencement de l'écoulement urétral (Fournier, Englisch, J. Renault, Albarran). Pour Legueu, elle se montrerait vers le deuxième septénaire. Pour nous, voici, à ce sujet ce que nos observations nous ont appris.

Sur les 6 cas, où la cowpérite compliquait une blennorrhagie aiguë, il y en a 3 où le début de l'inflammation glandulaire a eu lieu au bout de 15 jours ; une fois, la blennorrhagie était déjà vieille de 5 semaines. Deux fois, l'observation ne donne pas de renseignements à ce sujet.

Sur les 3 cas au cours de blennorrhée, celle-ci remonte une fois à 10 ans, une fois à 2 ans, une fois à 11 mois.

Dans certains cas, la cowpérite est pour ainsi dire spontanée, et due à la simple diffusion des germes infectieux de la surface vers la profondeur, sans qu'une autre cause ait pu agir en ce sens.

D'autres fois, il n'en est pas ainsi, et la cowpérite ne se déclare au cours d'une blennorrhagie aiguë qu'à la suite de traumatismes locaux, tels que coït vigoureux, passage de bougies, « coup de seringue » trop énergique, équitation (Tarnowski), promenade à bicyclette (Ozenne).

Dans les deux derniers cas, il semble logique d'admettre que les froissements subis par le périnée ont pu amener de petites lésions traumatiques au niveau des glandes, devenues ainsi lieux de « moindre résistance » et plus aptes par conséquent à subir les atteintes du processus infectieux.

La blennorrhagie aiguë est donc la principale cause

des cowpérites aiguës ; dans tous les auteurs, elle est en effet citée en première ligne ; la blennorrhée fournit aussi un apport notable puisque, sur 10 cas, elle nous en donne 3.

Mais il existe un certain nombre de causes secondaires, maladies des voies urinaires, telles que cystite chronique (Gübler), rétrécissements de l'urèthre (Swediaur, Nicolle, Motz et Bartrina) dont le rôle n'a pas encore été exactement fixé.

Pour nous, nous rapportant à notre définition première, il y a encore dans ces cas infection primitive uréthrale se propageant secondairement aux culs-de-sac glandulaires. Dans les cas de rétrécissements notamment, la pathogénie de la cowpérite n'est autre que celle invoquée par Albarran, Legueu, etc., pour les phlegmons périnéaux d'origine urinaire.

Il s'agit d'une infection provenant, soit des microbes de l'urèthre à virulence exaltée — soit d'une bactériurie primitive, l'obstacle apporté par le rétrécissement périnéal favorisant la formation d'une poche rétro-stricturale au niveau de laquelle les orifices des canaux excréteurs des glandes de Méry peuvent être dilatés, d'où pénétration plus facile des microbes, contenus dans l'urine qui stagne, vers ces canaux eux-mêmes et les glandes dont ils proviennent.

C'est de cette façon, croyons-nous, qu'il faut adopter la théorie de Motz et Bartrina, qui peut être vraie en certains cas, comme nous l'avons dit tout à l'heure.

Anatomie pathologique. — Tous les auteurs, depuis Gübler, sont d'accord pour reconnaître que la cowpérite aiguë, d'origine blennorrhagique a son siège de prédilection

du côté gauche (Morgagni, Ricord). C'est ainsi que 3 fois sur 5 dans la thèse de Gübler, 4 fois sur 4 dans celle de Nicolle, 2 fois sur 4 dans le travail de Hardy, la cowpérite est signalée du côté gauche. Nous arrivons nous-mêmes à la même constatation puisque, sur 10 cas, nous en trouvons 8 où la cowpérite siège à gauche, contre 2 seulement où elle occupe le côté droit.

L'explication que rien ne pouvait donner, d'après Nicolle, avait été tentée par Dufour, interne des hôpitaux au moment de la thèse de Gübler, et d'après lequel la raison de cette prédilection de la cowpérite pour le côté gauche résidait dans ce fait que le conduit excréteur de la glande gauche aboutit sur la muqueuse uréthrale en un point un peu antérieur à celui de la glande droite, et est par suite plus apte à conduire le premier l'infection.

Pour nous, comme nous l'avons dit, la raison paraît être plus simple et purement anatomique, la glande du côté gauche ne manquant pour ainsi dire jamais, tandis que celle du côté droit fait assez souvent défaut. D'autre part, si les deux glandes existent simultanément, celle du côté gauche étant d'habitude la plus développée, a un canal excréteur plus volumineux et plus propre par conséquent à favoriser la pénétration des microbes uréthraux dans sa cavité.

D'autre part encore, ainsi que le montrent Motz et Bartrina dans leur travail, l'infection peut se faire non au niveau des glandes, dites diaphragmatiques par Hogge, mais dans les glandes intra-bulbaires. Ces *bulbites* doivent être d'après eux très fréquentes à l'état catarrhal, et seraient peut-être la cause des rétrécissements très serrés de la ré-

gion bulbaire, en entretenant l'inflammation uréthrale à ce niveau.

Quoi qu'il en soit, qu'il s'agisse de cowpérites proprement dites ou de bulbites, la marche et l'aspect des lésions glandulaires sont à peu près toujours les mêmes. Gübler admettait déjà deux formes. l'une *folliculeuse*, localisée aux vésicules glandulaires et aux canaux excréteurs, l'autre, *parenchymateuse* où le tissu cellulaire se trouvait envahi ; c'est cette dernière forme qu'il étudie surtout dans sa thèse.

Nicolle, après lui, comparait les lésions de la cowpérite aiguë à celles d'un adéno-phlegmon quelconque ; la phase d'inflammation glandulaire (phase d'adénite simple) précédait la phase d'inflammation péri-glandulaire (péri-adénite), d'où, au point de vue clinique, tumeur d'abord petite et circonscrite, puis tuméfaction plus considérable, souvent empâtée et diffuse. C'est là en effet ce qui se passe le plus souvent en clinique.

Mais, au point de vue des lésions proprement dites produites par l'inflammation dans les glandes de Cowper principales et accessoires, la meilleure description est celle donnée par Motz et Bartrina, d'après les pièces du Musée Guyon qu'ils ont étudiées en détail. Ils n'ont d'ailleurs en vue que les cowpérites et les bulbites suppurées, en rapport avec des rétrécissements de l'urèthre. Sans adopter tout à fait leurs conclusions, que nous trouvons un peu excessives, nous leurs ferons cependant de larges emprunts, justifiés par la précision des détails anatomo-pathologiques que leur travail nous fournit.

D'après ces auteurs, « les *cowpérites suppurées* se pré-

sentent souvent sous la forme de petits abcès enkystés, dont le volume varie entre celui d'une tête de grosse épingle, et celui d'une petite noix. Elles sont le plus souvent unilatérales et entourées d'une zone de tissu enflammé formant une sorte de capsule » (c'est là la phase d'inflammation glandulaire dont nous venons de parler).

« Leur suppuration peut devenir diffuse, se propager aux tissus environnants, et provoquer la formation de collections purulentes en arrière de l'urèthre » (phase d'inflammation péri-glandulaire).

« Quand la suppuration prend un développement plus considérable, elle se propage le long du bulbe en suivant ses bords, et descend quelquefois très bas. Le bulbe se trouve dans ce cas comme dénudé et baigne au milieu de deux collections purulentes. »

« Dans les cowpérites très intenses, l'inflammation détruit tous les tissus de la loge bulbo-prostatique, et peut former une vaste poche remplie de pus. »

« Il est des cas où la suppuration d'origine cowpérienne, au lieu de se propager du côté du périnée, se propage en haut et contourne la verge. » (Dans notre observation IV, nous voyons de même la suppuration cowpérienne remonter le long de la portion scrotale de l'urèthre jusque vers sa partie moyenne.)

« Toutes ces variétés de cowpérite peuvent exister, sans que l'urèthre soit entamé. Elles peuvent présenter soit des poches enkystées, soit encore des suppurations périnéales diffuses, phlegmonneuses, qui ne contiennent pas d'urine. Ce ne sont que des abcès périnéaux. »

« Dans beaucoup de cas pourtant, la suppuration détruit

peu à peu la paroi uréthrale, et s'ouvre dans le canal. Les ouvertures sont ordinairement latérales, quelquefois médianes, et, dans les cas où la suppuration a contourné la verge, elles peuvent se trouver au milieu de la paroi antérieure de l'urèthre. La pénétration de l'urine dans l'intérieur de l'abcès transforme un abcès périnéal d'origine cowpérienne en abcès urineux. » (Molz et Bartrina)

Ici, nous ne pouvons plus suivre les auteurs dans leurs déductions, ou du moins, nous ne pouvons admettre celles-ci que pour les cowpérites aiguës d'origine véritablement urinaire, c'est-à-dire autre que la blennorrhagie. La cowpérite aiguë blennorrhagique s'accompagne en effet rarement d'ouverture uréthrale ; sur nos 10 malades, nous n'avons en effet trouvé cette complication qu'une seule fois (Obs. VIII) et encore l'issue de l'urine par la plaie périnéale n'a duré que deux jours. D'après Gübler, ce serait un accident fréquent, si l'on attendait l'ouverture spontanée de l'abcès. Pour nous, cet accident aurait surtout lieu dans les cas où la glande de Cowper est sessile ou a un canal excréteur très court, comme nous avons pu le voir dans certaines de nos dissections. En tout cas, il n'est pas, croyons-nous, d'exemple où une cowpérite blennorrhagique, même ouverte dans l'urèthre, ait donné lieu aux accidents si graves décrits par Molz et Bartrina. Il faut donc qu'il y ait, dans les cas de rétrécissements, une exaltation singulière des microbes uréthraux pour amener de tels désordres, et, en ce cas, point n'est absolument besoin de lésions glandulaires primitives pour amener l'éclosion du phlegmon diffus périnéal d'origine urinaire.

Quant aux *bulbites* suppurées, lorsqu'elles sont peu dé-

veloppées, elles se présentent sous la forme d'un ou plusieurs abcès isolés au milieu du tissu spongieux. Cette suppuration bulbaire peut aboutir à une destruction considérable du bulbe et se propager aux tissus environnants. Elle peut détruire la paroi urétrale et former une ouverture qui permet à l'urine de pénétrer dans la poche bulbaire.

Lorsque la bulbite devient chronique, elle aboutit toujours à la destruction complète du tissu spongieux et à sa transformation en tissu fibreux (Motz et Bartrina).

Ces glandes accessoires bulbaires ne paraissent d'ailleurs pas souvent en cause dans la blennorrhagie aiguë ou chronique ; nous n'en connaissons pas de cas dans la littérature, et nous-même n'en avons observé aucun exemple.

Symptômes. — Nous prendrons pour type de description une cowpérite aiguë d'origine blennorrhagique et aboutissant à la suppuration. Tout ce qui a trait à la clinique a d'ailleurs été magistralement traité par Gübler dans sa thèse, et il y a bien peu de choses à ajouter au tableau si complet qu'il nous en a laissé.

C'est vers la 3^e ou la 4^e semaine après le début de l'écoulement, quelquefois plus tôt ou plus tard, que le malade ressent les premières atteintes du mal, caractérisées par une tension douloureuse au niveau de la région bulbaire.

L'infection de la glande de Cowper s'annonce par une douleur d'intensité et de caractères variables ; simple pesanteur périnéale au début, elle devient bientôt plus intense, et lancinante. Le plus souvent localisée en un point bien net, généralement à gauche du raphé périnéal, elle peut irradier vers l'anus, le scrotum, la face interne des cuisses. Elle s'exaspère par le palper, la simple pression

du pantalon, la marche, la toux. La station debout et surtout la station assise deviennent très pénibles.

Si le malade vient consulter à ce moment (phase glandulaire) et si on le fait mettre en position couchée, les cuisses bien écartées et le scrotum relevé, on peut apercevoir une petite tuméfaction, latérale par rapport au raphé, et recouverte par la peau qui a gardé sa coloration normale.

Si l'on vient alors à palper la région, on constate la présence, dans la profondeur, d'une petite tumeur, douloureuse à la pression et mobile sur les plans superficiels. Cette petite tumeur, grosse, dit Gübler, comme un haricot ou une moitié de très petite noix, a son siège exact, sur les côtés du raphé, entre le muscle transverse et la protubérance bulbair. Elle est allongée, ovoïde ou piriforme, à grosse extrémité, regardant l'anus, tandis que la pointe va se confondre avec le bulbe.

Pour mieux encore apprécier les caractères de la glande enflammée, il faut employer le procédé d'examen recommandé par Guépin, c'est-à-dire l'introduction de l'index dans le rectum, tandis que le pouce, s'opposant au doigt explorateur, va palper le périnée et son contenu inflammatoire.

Jusqu'à présent, l'inflammation n'a pas franchi les limites de la glande. Elle peut avoir épuisé à ce stade toute sa nocivité, et l'affection peut rétrocéder sans arriver à la suppuration péri-glandulaire, laquelle, il faut bien le reconnaître, est l'aboutissant presque fatal de la cowpérite aiguë blennorrhagique.

En ce cas, les douleurs augmentent, deviennent lancinantes, pulsatiles. La station assise, la marche deviennent

pour ainsi dire impossibles : le malade ne peut serrer les cuisses. L'état général lui-même s'altère ; la température s'élève, surtout le soir ; il peut y avoir de la céphalée, des troubles gastro-intestinaux. Mais l'état local est ce qu'il y a de plus important à examiner.

La phlegmasie, localisée dans la seule glande au début, a franchi les limites de la loge aponévrotique. La tuméfaction périnéale devient arrondie, résistante, difficile à circonscrire et d'une exquise sensibilité. Puis la zone cellulaire ambiante est prise à son tour, et il se produit un gonflement brusque de la région, en rapport avec la laxité des tissus. En ce cas, voici ce que l'on voit, d'après nos observations : sur un des côtés du raphé périnéal, le plus souvent du côté gauche, on note la présence d'une tuméfaction à contours généraux arrondis, un peu allongée cependant d'avant en arrière. Cette tuméfaction, qui peut s'étendre en arrière jusqu'au pourtour antérieur de l'anus, s'amincit peu à peu en avant jusqu'à la racine des bourses, où parfois il semble exister une tumeur surajoutée appartenant au testicule ou à ses annexes.

En dehors, la tuméfaction s'arrête vers le pli périnéocrural qu'elle ne dépasse jamais ; vers la ligne médiane au contraire, il n'est pas rare de la voir déborder le raphé, et empiéter plus ou moins sur le côté sain.

La peau, qui recouvre cette tuméfaction, peut avoir conservé un aspect à peu près normal ; le plus souvent, elle est rouge, parfois même plus ou moins violacée en un point où se décèlera tout à l'heure le maximum de fluctuation.

La palpation, très douloureuse, permet de sentir que la peau adhère aux tissus sous-jacents. La tuméfaction pri-

mitive s'est perdue au milieu de l'empâtement phlegmoneux qui l'entoure, et, à sa place, on trouve, soit de la simple rénitence, soit une fluctuation à un point seulement ou en totalité.

Le toucher rectal, pratiqué à ce moment, ne donne guère de renseignements plus précis que ceux obtenus par le seul palper ; il n'est utile à faire que pour s'assurer si la prostate ne prend pas part au processus inflammatoire.

Tels sont les symptômes les plus importants de la cowpérite aiguë, qui marche vers la suppuration.

Mais il existe en outre un certain nombre de signes accessoires, signalés autrefois par J.-L. Petit et Swediaur, et qui sont beaucoup moins importants que ne le croyaient ces deux auteurs.

C'est ainsi que J.-L. Petit insiste beaucoup sur la *réten-tion d'urine*, et même refuse le nom d'abcès à tous les cas qui ne s'accompagnent pas de sirangurie.

En réalité, ainsi que Gübler l'a montré, c'est là un symptôme rare ; sur les 5 cas observés par lui, il en est 3 où la difficulté des mictions n'existe pas ; dans les deux autres, la dysurie est due, pour l'un à une cystite du col, pour le second, à une disposition valvulaire spéciale du même col vésical.

Quant à nous, dans les 10 cas que nous publions plus loin, pas une fois nous n'avons noté de la rétention, même passagère. La cowpérite ne bombe généralement pas suffisamment vers la lumière de l'urèthre pour amener un rétrécissement du canal tel que le passage de l'urine en soit rendu difficile et pénible. Exception doit être faite cependant pour les inflammations atteignant les glandes qui sont accolées

à la paroi uréthrale comme des bourgeons sessiles ; en ce cas, en effet, la suppuration, qui tend à s'ouvrir de préférence vers l'urèthre, peut amener une obturation suffisante du conduit. C'est ainsi qu'en 1884, Tuffier a publié l'observation d'un vieil emphysémateux présentant de la blennorrhée et une dysurie, attribuée à une stricture de l'urèthre. Or, l'autopsie montra que le rétrécissement de la lumière uréthrale était dû à un abcès cowpérien proéminent vers le canal.

C'est là cependant un fait qui doit être rare, et la rétention d'urine, lorsqu'elle existe, doit toujours et en premier lieu, être rapportée à une prostatite concomitante ; avant de pratiquer le cathétérisme, il faut donc pratiquer le toucher qui donnera à ce sujet les plus précieux renseignements (Obs. IX).

Enfin Gübler admet que, dans certaines circonstances, les abcès des glandes de Méry donnent lieu à des picotements, de la cuisson, de la brûlure dans la région bulbaire pendant la miction. Il nous semble que ces douleurs peuvent être attribuées à la simple inflammation uréthrale, ou même à une cystite du col, lorsque la vessie a été touchée par le gonocoque. En effet, dans nos observations, ces douleurs à la miction ne sont signalées que dans deux cas (Obs. IV et IX) où le retentissement vésical paraît bien établi par l'augmentation de la fréquence des mictions, la douleur terminale plus vive, et l'hématurie légère constatée dans un cas (Obs. IV.)

La cowpérite ne gêne donc pas la miction ; la gêne de la défécation, signalée une fois par Gübler, nous paraît devoir être, elle aussi, rapportée à la prostatite (Obs. IX).

Quant à l'engorgement ganglionnaire inguinal que Gübler a vu coexister avec une cowpérite du même côté, réunie à l'adénite par un trajet douloureux, nous ne l'avons jamais observé ; Gübler lui-même le considère comme devant être très rare.

Marche. — **Durée.** — **Terminaisons.** — La cowpérite aiguë, suivant sa modalité anatomique, a une marche, une durée et une terminaison différentes.

Tant en effet que l'inflammation reste localisée dans la glande elle-même, il est possible, sinon probable, que les lésions, grâce à un traitement précoce et bien conduit, peuvent rétrocéder et ne pas tendre à se diffuser. C'est ce que nous voyons par exemple, dans l'observation de Rasori et Ravogli, de même que dans celle d'Ozenne.

C'est ce qu'avait déjà prévu Ricord, lorsqu'il admettait que les blennorrhagies accompagnées de tension douloureuse dans la région bulbaire étaient des uréthrites compliquées d'inflammation des glandes de Méry, laquelle ne se traduisait que par ce seul signe et disparaissait sans laisser d'autres traces.

Mais lorsque l'inflammation a franchi les limites de la glande, elle marche rapidement vers la suppuration. Celle-ci est généralement des plus nettes en une semaine, et tend, comme nous l'avons vu, à s'ouvrir à la peau du périnée, qu'elle soulève, puis envahit. Si l'on n'intervient pas chirurgicalement, l'ouverture spontanée a lieu ; il se produit un orifice cutané, qui livre passage à une quantité plus ou moins considérable de pus épais et bien lié. Mais, le plus souvent la collection est ouverte chirurgicalement et largement ; si l'on introduit alors dans la plaie un stylet ou une sonde

cannelée, l'instrument pénètre à 10 ou 15 millimètres de profondeur, et son extrémité évolue par soubresauts, ce qui, d'après Ricord et Gübler, indique le cloisonnement de la cavité, et le siège présumé de l'inflammation dans une glande à locules multiples. Peut-être tout simplement s'agit-il en ce cas de travées fibreuses que la suppuration a respectées.

Quoi qu'il en soit, après incision de l'abcès, la température, s'il y en avait, tombe à 37°, les douleurs cessent, et le malade se trouve immédiatement soulagé.

Les jours suivants, ainsi que l'écrit Gübler, le foyer se déterge, la suppuration diminue, les bords de l'incision s'affaissent. La peau se décolore de la périphérie vers la plaie, en même temps que celle-ci bourgeonne, granule et prend une teinte d'un rouge plus ou moins vif. La plaie se comble ainsi de la profondeur vers la superficie, et, au bout d'un temps qui ne dépasse généralement pas une quinzaine de jours, la cicatrisation complète a lieu.

Il resterait toujours, d'après Gübler, un petit noyau induré, gros comme une noisette ou un haricot, et occupant le siège anatomique de la glande bulbo-urétrale. C'est là, croyons-nous, une assertion un peu trop affirmative ; ce que l'on sent le plus souvent, en effet, c'est une sorte d'induration adhérente à la peau et s'enfonçant dans la profondeur, véritable bride fibreuse qui représente le dernier vestige de la suppuration périnéale d'origine cowpérienne.

Si la terminaison par la guérison complète est pour ainsi dire de règle dans les cowpérites aiguës d'origine gonococcique, il est des cas rares où cette terminaison n'est pas telle que nous l'avons signalée.

Nous étudierons dans des chapitres spéciaux ces cas où

la cowpérite, devenue *chronique*, aboutit à la formation, soit de cowpérites à répétition (comme cela se passe souvent dans les glandes vulvo-vaginales), soit de cowpérites fistulisées simples (Gruget, Couillard), soit enfin de véritables kystes glandulaires par rétention du produit de sécrétion ; nous n'insisterons donc pas actuellement sur ces divers modes de terminaison. Par contre, il est nécessaire de s'arrêter un peu sur les complications possibles des cowpérites aiguës suppurées, complications qui pourraient être des plus graves, si l'hypothèse de Motz et Bartrina se trouvait vérifiée au point de vue clinique.

Complications. — On ne peut bien entendu comprendre sous ce nom les localisations voisines de la blennorrhagie sur la prostate, la vessie, etc.... et dont les symptômes, tels que la rétention, doivent être rapportés à leur véritable origine.

Par contre, on peut observer, au cours d'une cowpérite, l'*ulcération de la paroi urétrale* et l'ouverture du foyer dans le canal ; il en résulte l'issue par le méat d'une certaine quantité de pus, avec amendement des phénomènes locaux.

Cet accident qui, nous le répétons, doit être en rapport avec la disposition anatomique de la glande elle-même, amène, après ouverture périnéale du foyer, l'issue d'une quantité variable d'urine par la plaie opératoire ou spontanée ; le pus devient alors plus liquide, et même tout à fait séreux, si la proportion d'urine est considérable, et exhale une odeur ammoniacale caractéristique (Gübler). Cet accident, assez rare, puisque nous n'en trouvons qu'un exemple sur 10 observations, est généralement peu grave, du moins

dans la cowpérite blennorrhagique, alors que l'urine elle-même est peu infectée ; c'est ainsi que, dans notre cas unique, l'écoulement de l'urine par la plaie périnéale s'est arrêté au bout de quelques jours et n'a pas empêché la cicatrisation complète au bout de 14 jours (Obs. VIII).

D'après Gübler et Nicolle, le passage de l'urine dans le foyer pourrait être le point de départ d'une véritable fistule urinaire.

Nicolle signale aussi la possibilité en ce cas d'infiltration d'urine. C'est, croyons-nous, une complication des plus rares, et nous n'en avons pas trouvé confirmation dans les divers travaux ou traités qui s'occupent de la question.

Par contre, ce serait là une complication des plus fréquentes dans les cowpérites aiguës des urinaires, surtout à la suite des rétrécissements de l'urèthre. Swediaur avait déjà noté que l'inflammation, l'ulcération et l'abcès des glandes de Cowper étaient effets des rétrécissements de l'urèthre. Mais c'est dans le travail de Motz et Bartrina qu'on trouve les renseignements les plus précis à ce sujet. Pour eux, en effet, c'est l'inflammation des glandes du carrefour uro-génital, qui occasionnent les grandes suppurations périnéales, connues sous le nom d'abcès urinaires, de tumeurs urinaires et d'infiltration d'urine. Les cowpérites et les bulbites peuvent se présenter sous trois formes :

1^o Forme d'une suppuration insidieuse qu'on ne trouve qu'à l'autopsie ;

2^o Forme de suppurations périnéales, d'abcès périnéaux circonscrits avec des symptômes cliniques graves ;

3^o Forme d'une infection diffuse, d'un phlegmon diffus qui a dépassé la région périnéale.

« Elles peuvent en même temps détruire les parois de l'urèthre, et s'ouvrir dans le canal en permettant à l'*urine infectée* de pénétrer dans leur cavité, et d'ajouter à l'infection existante une infection secondaire qui augmente son intensité » et qui donne lieu, suivant les cas, à un abcès urinaire, une tumeur urinaire ou un phlegmon diffus péri-néal.

C'est là, avouons-le, une théorie des plus séduisantes, mais que nous n'acceptons pas entièrement pour les raisons que nous avons données plus haut.

Sans aller d'ailleurs aussi loin que ces auteurs, Gübler avait déjà signalé la possibilité de fusées purulentes dans les espaces cellulaires de la loge inférieure du périnée, pouvant coïncider avec l'apparition d'un prolongement triangulaire de la tumeur primitive dans la direction de l'espace bulbo-caverneux.

Quoi qu'il en soit, tout en admettant la possibilité de complications aussi graves, nous les croyons des plus rares, et possibles seulement en cas d'un terrain spécialement préparé et lorsque la perforation uréthrale livre passage à une urine profondément infectée, ce qui ne se rencontre pour ainsi dire jamais dans les cowpérites blennorrhagiques primitives, que nous avons surtout en vue, puisque c'est à elles seules que se rapportent nos observations.

Diagnostic. — Le diagnostic positif d'une cowpérite aiguë au début est facile, lorsqu'on trouve une petite tuméfaction en haricot, circonscrite, profonde, unilatérale, répondant au siège normal de la glande et coïncidant avec un écoulement uréthral renfermant des gonocoques.

Ce sont aussi ces signes (moins l'écoulement) qui la fe-

ront reconnaître, lorsque, de parti pris, on la recherchera, dans les cas de rétrécissements de l'urèthre, par le toucher et le palper bidigital.

A la seconde période, alors que l'inflammation est devenue péri-glandulaire et qu'un gâteau de cellulite diffuse masque le foyer glandulaire central, il faut recourir aux commémoratifs, qui montreront le plus souvent le développement de la tuméfaction périnéale *latérale* au cours d'une blennorrhagie aiguë et jeune, quelquefois au cours d'une blennorrhée plus ou moins ancienne. Quant à l'absence de signes de rétrécissements antérieurs ou actuels (Gübler), elle n'est plus utile, si la théorie de Motz et Bartrina est vraie.

La distinction précise que l'on voulait établir entre la cowpéríte aiguë et l'*abcès urinaire*, n'aurait de même plus de raison d'être, puisque toujours d'après Motz et Bartrina, le second serait en relation directe avec la première, qui lui donnerait naissance.

Cependant, les auteurs les plus autorisés, Delbet, Forge, Albarran, donnent après Gübler comme signes distinctifs : pour la cowpéríte, tuméfaction *latérale* apparue au cours d'une blennorrhagie aiguë, quelquefois chronique ; pour l'abcès urinaire, tuméfaction *médiane* consécutive à quelque'une de ces conditions : contusion, plaie, traumatisme interne du canal ou vieille gonorrhée compliquée de *rétrécissement*.

Gübler ajoute à ces signes distinctifs quelques renseignements tirés de la nature du pus, le foyer une fois ouvert, renseignements qui ne sont d'ailleurs plus exacts, lorsque la cowpéríte s'est ouverte simultanément dans le canal et à

la peau, de façon telle que l'urine sort par la plaie périnéale.

Plus encore que la *cowpérite* proprement dite, la *bulbite* est difficile à distinguer de l'abcès urinaire ; déjà soupçonnée par Gübler, elle forme une tumeur médiane, antérieure et superficielle, ayant la forme du bulbe tuméfié, sans tendance à la diffusion, sinon le long de l'urèthre. Le diagnostic est donc pour ainsi dire impossible entre les deux affections, ce qui a peu d'importance, si l'abcès urinaire est toujours causé par la bulbite, ouverte dans l'urèthre.

Par contre, les *poches urineuses* qui se forment par dilatation de l'urèthre derrière un rétrécissement, ont pour signes particuliers de se gonfler pendant la miction et de se réduire par la pression ; de plus, leur formation est lente et chronique ; elles sont molles et indolentes.

Les simples *folliculites péri-uréthrales* avoisinant le bulbe s'étalent en nappe, formant virole autour du canal ; après incision, le stylet posséderait une mobilité très grande en tous sens, tandis que, dans les abcès cowpériens, il s'accrocherait aux cloisons loculaires (Gübler).

Les *abcès tubéreux* sont d'emblée superficiels, en sorte que la saillie et la rougeur de la peau se montrent en même temps que la douleur.

Les *abcès de la marge*, situés d'abord au voisinage de l'anus, tendent plutôt à envahir les fosses ischio-rectales ; ils peuvent gagner secondairement le périnée antérieur. Une fois ouverts, un stylet introduit dans leur cavité se dirige vers le rectum. La fistule consécutive peut laisser échapper des matières.

Les *abcès par congestion* de la région périnéale se for-

ment lentement ; après ouverture, l'exploration au stylet montrera un point osseux dénudé.

L'erreur est surtout facile à faire, comme nous le verrons plus loin, lorsque l'on soupçonne une cowpérite bacillaire ; nous l'avons faite nous-même une fois.

Les *gommes syphilitiques* se distingueront par la coexistence d'autres gommes, les stigmates de vérole, et surtout l'amélioration rapide sous l'influence du traitement spécifique.

En résumé, le diagnostic de la cowpérite aiguë, surtout blennorrhagique, est en général facile. Les complications seront reconnues grâce aux signes que nous avons décrits plus haut.

Il est un point difficile cependant ; c'est de différencier cliniquement, surtout au début, une cowpérite bacillaire. Nous étudierons d'ailleurs cette affection en détail dans un autre chapitre, et c'est pourquoi nous ne nous étendrons pas davantage sur ce sujet, nous réservant de le traiter plus loin d'une manière plus approfondie.

Pronostic. — La cowpérite aiguë d'origine blennorrhagique est une affection généralement bénigne.

Elle peut, nous l'avons vu, se terminer par résolution. La suppuration elle-même, dans la majorité des cas, ne cause pas d'accidents, et guérit sans fistule en un temps relativement court après l'intervention. C'est ce que montrent neuf de nos observations.

L'ouverture dans l'urèthre et l'issue de l'urine par le périnée peuvent ne pas retarder la guérison, ainsi qu'on peut le voir dans notre observation IX ; c'est d'ailleurs une complication rare.

Le pronostic serait tout autre dans les cas de cowpérites aiguës au cours des rétrécissements de l'urèthre avec urines infectées ; en effet, ces inflammations glandulaires seraient l'origine des accidents si graves, le plus souvent mortels même, qu'on décrit, depuis Delbet et Albarran, sous le nom de phlegmons diffus du périnée (Moz et Bartrina). Il faudrait donc songer à les déceler avant l'apparition des phénomènes de diffusion dont ils sont cause.

Traitement. — Le traitement des cowpérites aiguës blennorrhagiques est simple.

Au début, sans recourir aux multiples remèdes proposés par les auteurs anciens, on pourra se contenter de garder le repos, de préférence au lit ; un large pansement humide appliqué sur la région périnéale sera renouvelé deux fois par jour. Les pommades belladonnées ou iodurées pourront être utilisées avec avantage. On pourra joindre à ce traitement local, un traitement général, consistant en boissons émollientes et diurétiques accompagnées d'un purgatif.

Le lait sera prescrit rigoureusement.

Si, malgré ce traitement préventif, la suppuration apparaît, il faut se hâter de lui ouvrir la voie par une incision chirurgicale.

Celle-ci sera faite en position de speculum au bistouri et à la sonde cannelée, sur une longueur de 5 à 6 centimètres, parallèlement au raphé périnéal, au point de la tuméfaction où la fluctuation est le plus manifeste.

Le foyer une fois ouvert et vidé, sera tamponné à l'aide d'une mèche iodoformée, recouverte d'un pansement humide. Celui-ci sera renouvelé tous les jours, et, la mèche une fois retirée au bout de 2 à 3 jours, la plaie sera pansée

à plat jusqu'à complète cicatrisation, laquelle, nous l'avons vu, ne demande généralement pas plus d'une quinzaine de jours.

L'incision précoce sera aussi de règle si l'on découvre une cowpérite chez un rétréci. S'il se produit les graves complications que nous avons signalées, les larges incisions étendues aussi loin que le phlegmon lui-même, et soigneusement drainées, les irrigations à l'eau oxygénée, les injections de sérum pourront parfois lutter avec avantage contre les lésions, malheureusement si souvent mortelles, qui les caractérisent.

OBSERVATION I (personnelle). — *Cowpérite gonococcique gauche.* — *Incision.* — *Guérison.*

Le nommé X..., âgé de 20 ans, entre le 30 mars 1901, dans le service du docteur Hartmann, à l'hôpital Lariboisière.

C'est la première blennorrhagie du malade ; elle a débuté le 1^{er} mars, 5 jours après un coït.

Le malade s'est traité par des lavages au permanganate.

Il commençait à aller mieux, et l'écoulement était en voie de diminution, lorsqu'il y a une quinzaine de jours s'est produite une induration périnéale gauche accompagnée de douleurs aiguës, irradiant vers l'anus. Cette tuméfaction ayant grossi depuis 8 jours, et ayant déterminé des douleurs plus vives, surtout pendant la marche, le malade entre à l'hôpital.

Examen. — L'écoulement urétral est tari.

Le périnée est le siège d'un gonflement de forme générale arrondie, allongé d'avant en arrière. Cette tuméfaction s'étend en arrière jusqu'aux plis rayonnés de l'anus, s'arrête latéralement aux plis périnéo-cruraux, et se perd en avant dans la région scrotale. Elle est plus nette et plus saillante du côté gauche, et recouverte d'une peau un peu rouge et amincie.

A la palpation on sent une fluctuation manifeste.

Au toucher rectal, on ne constate rien de particulier.

Intervention le 31 mars. — Anesthésie locale au chlorure d'éthyle.

Incision latérale gauche, donnant issue à 60 grammes environ de pus épais et jaunâtre.

Pansement humide.

L'examen bactériologique du pus fait reconnaître la présence de gonocoques et de staphylocoques.

Suites. — Des plus simples.

Le malade sort guéri au bout de quinze jours.

OBSERVATION II (personnelle). — *Coupéríte blennorrhagique gauche*
Incision. — Guérison.

Le nommé X..., âgé de 26 ans, entre le 16 juillet 1901, dans le service du docteur Hartmann, à l'hôpital Lariboisière.

Première blennorrhagie à l'âge de 17 ans, compliquée d'une double orchite. Seconde à 19 ans, ayant duré 3 mois. Toutes deux ont bien guéri.

Actuellement, troisième blennorrhagie qui a débuté il y a un mois et demi.

Le 10 juin, poussée inflammatoire du testicule gauche, traitée par la pommade mercurielle et le repos, et ayant duré une quinzaine de jours.

Vers le 25 juin, les mictions deviennent fréquentes : le malade urine le jour toutes les heures, et, la nuit, il se réveille 3 ou 4 fois ; les urines sont troubles, les mictions douloureuses.

Depuis cette époque, le malade est en traitement à la consultation, où on lui fait des lavages quotidiens au permanganate.

Le 15 juillet, malgré les lavages, l'écoulement n'a pas diminué. Mais, depuis le 12, le malade a ressenti une douleur dans la région périnéale gauche, douleur plus vive pendant la marche, en même temps qu'une petite tuméfaction s'est développée à ce niveau ; cette tuméfaction augmente peu à peu, donne lieu à des douleurs plus vives, et le malade entre salle Civiale le 16 juillet.

Examen. — Au niveau du méat, on voit sourdre un écoulement purulent jaunâtre assez abondant.

Au niveau de la région périnéale, on constate, à gauche de la ligne médiane, une tuméfaction de forme généralement arrondie, allongée d'avant en arrière, au niveau de laquelle la peau est rouge et paraît un peu amincie vers le point culminant.

La tuméfaction, nettement limitée en dedans par le raphé périnéal, s'étend en dehors, vers le creux ischio-rectal ; en avant, elle s'arrête à 1 centimètre du scrotum ; en arrière, elle confine à l'anus.

A la palpation, cette tuméfaction est indurée, et s'enfonce à une certaine profondeur dans le périnée ; au centre, on trouve un point rénitent.

Le toucher rectal seul ne révèle rien ; mais, combiné au palper périnéal, il permet de sentir la tuméfaction en avant du rectum.

La prostate est un peu grosse, et plus dure à droite qu'à gauche.

Intervention le 18 juillet. — Anesthésie au chlorure d'éthyle.

Incision longitudinale, longue de 5 centimètres.

Issue de pus jaunâtre et crémeux.

Pansement humide.

L'examen direct du pus ne montre pas de gonocoques. La culture sur sang gélosé donne des colonies de gonocoques.

Sortie le 24 juillet. La plaie opératoire périnéale est totalement cicatrisée.

OBSERVATION III (personnelle). — *Coupéríte blennorrhagique gauche.*
Incision. — Guérison.

Le nommé X..., âgé de 41 ans, entre le 3 janvier 1902, dans le service du docteur Hartmann, à l'hôpital Lariboisière.

Le malade entre pour une tuméfaction périnéale, dont le début remonte à trois semaines, quinze jours après le commencement d'un écoulement urétral.

Le premier symptôme accusé par le malade est une douleur périnéale, qui devient bientôt assez vive pour gêner considérablement la position assise. Quelques jours après le malade constate au niveau de la région douloureuse, l'apparition d'une petite tuméfaction qui grossit peu à peu jusqu'à atteindre en dix à douze jours les di-

mensions d'une grosse noix, dimensions qu'elle n'a pas dépassées.

L'écoulement urétral est apparu il y a 5 semaines, et a été soigné par des cachets de salol, pendant les 8 premiers jours, puis par de grands lavages au permanganate, pendant 12 jours. Il n'y a pas eu de retentissement vésical, les mictions, peu douloureuses, ayant lieu 4 fois environ le jour, et 2 fois la nuit.

Examen. — A la jonction du périnée et du scrotum, on voit une tuméfaction à contours généraux arrondis, à grand axe un peu allongé d'avant en arrière. Cette tuméfaction, surtout développée à gauche, où elle atteint le pli périnéo-crural, déborde un peu à droite le raphé périnéo-scrotal, lequel est lui-même un peu dévié à droite.

Au niveau de la tuméfaction, la peau ne présente aucune altération, et se laisse parfaitement plisser.

A la palpation, la tuméfaction a une consistance générale ferme, même un peu rénitente. Elle est manifestement située à gauche de la ligne médiane, présente une certaine mobilité par rapport aux parties profondes auxquelles elle semble cependant reliée en arrière par une sorte de pédicule. En pressant longuement et fortement sur elle, on amène l'apparition d'une goutte de pus au méat.

Ce pus urétral, examiné au microscope, ne contient que des gonocoques.

Intervention le 6 janvier. — Anesthésie générale au chloroforme.

Incision longitudinale antéro-postérieure, à gauche du raphé, passant par le point culminant de la tuméfaction. Nous arrivons sur une graisse épaisse, infiltrée, avec quelques points purulents; ouvrons une cavité, puis, poursuivant, arrivons finalement dans une cavité profonde, à la partie postérieure du périnée antérieur, cavité qui s'étend presque d'une branche ischio-pubienne à l'autre, et qui contient un peu de pus épais.

Tamponnement à la gaze iodoformée.

Suites. — Normales.

Sortie le 23 janvier.

OBSERVATION IV (personnelle). — *Coupérute blennorrhagique gauche.*
Incision. — Guérison.

Le nommé X... âgé de 29 ans, entre dans le service du docteur Hartmann, à l'hôpital Lariboisière, le 28 mai 1902.

Le malade entre pour une tuméfaction de la région périnéale.

Il y a un mois, le malade eut pour la première fois un écoulement blennorrhagique avec douleurs pendant la miction ; sur les conseils de son médecin, il prit, 8 jours après le début de son écoulement, du copahu, du santal et deux injections de protargol par jour.

Quinze jours après le début de sa blennorrhagie, l'attention du malade fut attirée par une douleur dans la région périnéale gauche, survenue pendant la marche, et augmentant dans les efforts de toux.

Le malade constata alors sur la partie antérieure du périnée, en arrière de la racine des bourses, et à gauche de la ligne médiane, une petite tumeur dure, très douloureuse à la pression. Le malade dut s'arrêter de travailler et son médecin remplaça les injections par des lavages de l'urèthre antérieur avec de l'eau boriquée chaude.

Les douleurs allèrent en augmentant, le malade ressentant des élancements si douloureux qu'il ne pouvait rester ni assis ni couché, il lui était impossible de tenir les cuisses rapprochées l'une de l'autre.

Depuis trois jours, les douleurs ont légèrement diminué, de même que la tuméfaction périnéale. Le malade urine toutes les 2 heures dans la journée ; la nuit, d'une façon variable, quelquefois deux ou trois fois, quelquefois pas du tout.

Il souffre un peu à la fin de la miction, et il y a 2 jours, il a uriné quelques gouttes de sang pur.

Examen. — Le malade présente un léger écoulement blanchâtre par l'urèthre ; cet écoulement contient des gonocoques.

Dans la région périnéale, à gauche du raphé, et débordant un peu sur la droite, on aperçoit une tuméfaction de la grosseur d'un petit œuf de poule, allongée d'avant en arrière, et recouverte par une peau légèrement violacée et cependant légèrement mobile.

La palpation permet de sentir que la tumeur remonte le long de

la portion scrotale de l'urèthre jusqu'à sa partie moyenne latérale gauche. Nettement fluctuante dans sa portion périnéale, avec un maximum de dépressibilité au niveau de sa face gauche, elle est dure au toucher dans sa partie scrotale.

Le toucher rectal ne fait percevoir ni augmentation, ni douleurs au niveau de la prostate.

Intervention le 3 mai. — Bromure d'éthyle.

Incision longitudinale antéro-postérieure.

Issue d'une petite quantité de pus jaunâtre.

Ce pus, examiné au microscope, renferme des gonocoques et des staphylocoques.

Suites. — Des plus normales.

Le malade sort guéri le 6 juin 1903.

OBSERVATION V (personnelle). — *Cowpérite gonococcique droite.* —
Incision. — *Guérison.*

Le nommé X..., âgé de 28 ans, entre le 14 juillet 1902, dans le service de M. Hartmann, à l'hôpital Lariboisière.

Le malade vient pour une uréthrite à gonocoques, compliquée de cowpérite droite.

Celle-ci a débuté il y a huit jours par des douleurs sourdes dans la région périnéale ; en même temps, le malade s'est aperçu de la présence d'une petite saillie à ce niveau, saillie très douloureuse à la pression.

Les douleurs augmentant et empêchant le malade de marcher, et surtout de s'asseoir, celui-ci se décide à entrer à l'hôpital.

Il y a deux ans, le malade a déjà eu une cowpérite du même côté, cowpérite qui fut incisée et guérit rapidement.

Examen. — Au niveau du périnée, on constate l'existence d'une tuméfaction allongée d'avant en arrière, située à droite du raphé qu'elle refoule à gauche.

La peau ne présente qu'une très légère rougeur, mais on y voit une cicatrice, résultant de l'intervention antérieure, et située à la partie antéro-externe de la tuméfaction.

A la palpation, celle-ci, légèrement indurée à la périphérie, est nettement fluctuante dans tout le reste de son étendue.

Au toucher rectal, rien de particulière ; prostate normale.

Intervention le 15 juillet. — Anesthésie chloroformique.

Incision longitudinale sur la tuméfaction. Ouverture d'une collection suppurée superficielle qui à sa partie postérieure, s'enfonce profondément sur la partie latérale droite de l'urèthre, au voisinage de la région membraneuse.

Tamponnement iodoformé.

Suites. — Normales.

Sortie le 23 juillet.

OBSERVATION VI (personnelle). — *Cowpérite blennorrhagique gauche.* — *Incision et drainage.* — *Guérison.*

Le nommé X..., âgé de 24 ans, entre le 21 mars 1903, dans le service du docteur Hartmann, à l'hôpital Lariboisière.

Le malade entre pour une uréthrite à gonocoques compliquée de cowpérite gauche.

Examen. — Au toucher rectal, on ne sent rien de particulier au niveau de la prostate.

Le périnée au devant de l'anus est induré, spécialement à gauche de la ligne médiane. En combinant le palper et le toucher, il est difficile d'apprécier cette induration, car elle s'étend en profondeur notablement en avant du rectum.

Intervention le 21 mars. — Anesthésie chloroformique.

Incision arciforme encadrant la partie antérieure et latérale gauche de l'anus. Incision de différents plans un peu infiltrés, puis issue d'une goutte de pus blanchâtre. En effondrant plus profondément, ouverture d'une cavité suppurée périnéale plus profonde.

Drainage. Tamponnement à la gaze.

L'examen du pus, pratiqué par M. Lecène, montre que :

1° Le pus de l'urèthre contient un grand nombre de gonocoques intra-cellulaires, et quelques-uns libres dans le pus ;

2° Le pus de la collection périnéale contient comme seuls microbes

des gonocoques intra-cellulaires très nets. Il n'y a pas d'autres formes microbiennes.

Les cultures sur bouillon, aérobie et anaérobie, de ce pus sont restées stériles.

Suites. — Normales.

Sortie le 30 mars.

OBSERVATION VII (personnelle). — *Coupée gauche au cours de blennorrhée.* — *Incision.* — *Guérison.*

Le nommé X... âgé de 46 ans, entre le 4 février 1903, dans le service du docteur Hartmann, à l'hôpital Lariboisière.

Le malade entre pour une tuméfaction péritonéale du côté gauche.

Le début remonte au 31 janvier, où le malade ressentit une légère douleur dans la région périnéale, et s'aperçut en y portant la main qu'il y avait à ce niveau une petite tumeur, sur laquelle il pressa, faisant sortir du pus.

Par la suite, le malade ressentit des douleurs plus vives, et le lendemain, il s'aperçut que la région périnéale grossissait et s'indurait ; cet état augmenta de jour en jour, les douleurs devenant aussi de plus en plus fortes, et empêchant le malade de s'asseoir.

Antécédents. — Blennorrhagie il y a 10 ans, soignée par des balsamiques et des injections ; en même temps, orchite du côté gauche, ayant duré 8 jours, et soignée à l'hôpital du Midi.

Cette blennorrhagie dura 3 mois, et laissa au malade une goutte matinale intermittente.

Au mois d'août dernier, épididymite gauche, soignée à la consultation, au mois d'octobre épididymite droite, soignée de même à l'aide d'une pommade.

Actuellement, le malade dit avoir une goutte matinale ; il est cependant impossible d'en obtenir une par pression de la verge, pour l'examen bactériologique.

Examen : Urèthre. — Non examiné.

Vessie. — Fréquence des mictions : 3 fois par jour.

Le malade ne se relève pas la nuit. Névropathie urinaire ; le malade ne peut uriner devant témoins.

Reins : Droit. — On sent l'extrémité inférieure, non douloureuse.

Gauche. — Ni douloureux, ni perceptible.

Testicules : Droit. — Rien.

Gauche. — Petit noyau à la queue de l'épididyme.

Prostatale. — Peu volumineuse, avec une crête médiane antéro-postérieure, légèrement bosselée, sans noyaux durs.

Le toucher permet de sentir, sur la partie latérale gauche du canal anal une masse indurée, correspondant à la tumeur périnéale.

Tumeur périnéale. — On voit, à gauche du raphé périnéal une saillie allongée parallèlement à lui, remontant en avant jusqu'à la racine des bourses et s'étalant en arrière en une plaque qui s'étend vers le pourtour latéral gauche de l'anus et la partie correspondante de la région fessière.

La couleur de la peau est d'un rouge violacé, surtout à la partie antérieure de la tuméfaction, plus saillante, et portant un petit orifice par lequel s'échappe un peu de pus. La face interne de la cuisse gauche est rouge et œdématiée.

À la palpation, la tuméfaction est dure dans son ensemble, un peu fluctuante cependant en son point le plus saillant. Postérieurement, elle revêt la consistance d'une plaque indurée qui s'étale vers la région fessière gauche.

Intervention le 3 février. — Anesthésie chloroformique.

Longue incision suivant le grand axe de la tumeur, et donnant issue à une petite quantité de pus jaunâtre.

Pansement humide.

L'examen bactériologique du pus ne montre la présence que de staphylocoques, sans gonocoques.

Suites. — Normales.

Sortie le 2 mars.

OBSERVATION VIII (personnelle). — *Coupéríte gauche au cours de blennorrhée.* — *Incision.* — *Guérison.*

Le nommé X..., âgé de 24 ans, entre le 5 juin 1903, dans le service du Dr Hartmann, à l'hôpital Lariboisière.

Le malade entre pour une tuméfaction périnéale gauche.

Cette tuméfaction a débuté il y a une douzaine de jours ; depuis cette époque, elle a augmenté lentement et progressivement, en même temps que les douleurs qui étaient apparues dès le début de la tuméfaction et qui gênaient la marche.

Blennorrhagie au mois de juillet, traitée par des injections au permanganate.

Actuellement, encore un peu d'écoulement purulent par l'urèthre.

Examen. — On constate au niveau de la région périnéale, une tuméfaction à contours arrondis, allongée d'avant en arrière, située à gauche de la ligne médiane, qu'elle déborde un peu, manifestement fluctuante, et de la taille d'un œuf de poule.

A son niveau, la peau est un peu rouge et sèche ; par la palpation, on remarque que la tumeur est bien située à gauche de la ligne médiane ; ses contours sont nets ; elle n'est pas mobile sur les plans sous-jacents.

Assez résistante sur les bords, elle présente de la fluctuation à sa partie centrale.

La tuméfaction n'éveille pas de douleur spontanée constante ; le malade, dans le repos et la marche, ne ressent aucune douleur, mais la douleur est éveillée par la palpation, et, à l'absence de la douleur au repos, s'oppose la violence de la douleur à la palpation, douleur qui devient alors térébrante.

Cette tuméfaction ne détermine pas de troubles de miction.

L'état général est normal ; pas de fièvre, langue un peu saburrale.

Intervention le 5 juin. — Incision longitudinale antéro-postérieure.

Ouverture d'une collection à pus phlegmoneux.

Pansement.

La sécrétion uréthrale contient des gonocoques.

Le pus de l'abcès ne contient que des staphylocoques dorés, sans gonocoques.

Suites. — Normales.

Sortie le 19 juin.

Sort guéri, ayant présenté pendant quelques jours un *écoulement d'urine* par le périnée.

OBSERVATION IX (personnelle). — *Coupéríte gauche dans une blennorrhée. — Incision. — Drainage. — Guérison.*

Le nommé X..., entre le 10 décembre 1903, dans le service du Dr Hartmann, à l'hôpital Lariboisière.

Le malade entre à l'hôpital pour une petite tuméfaction de la région périnéale accompagnée de douleur à la miction.

Début progressif il y a un mois par un gonflement douloureux au-dessous et à gauche du scrotum, très sensible au palper. La douleur n'a fait qu'augmenter depuis le début ; elle s'exagère par le moindre contact et le moindre effort, et gêne la marche et la station assise.

Le malade est porteur d'un écoulement urétral datant de deux ans, s'exagérant au moindre excès, mais n'ayant jamais cessé complètement. Cet écoulement contient des gonocoques (examen le 12 décembre).

Blennorrhagie il y a deux ans. Au mois de mai dernier, douleurs vives dans le bas-ventre, douleurs à la défécation et rétention d'urine, ayant nécessité le cathétérisme pendant deux ou trois jours. Le malade vint alors à la consultation où on lui fit des lavages de vessie, combinés au massage de la prostate. A ce moment on constata, en allant à la selle, la présence dans ses matières d'une substance crémeuse striée de sang, à deux ou trois reprises.

Au bout d'un mois et demi, il était à peu près guéri ; seul persistait un léger écoulement urétral.

Etat actuel. — Ecoulement urétral de coloration blanchâtre, peu abondant.

Miction toutes les 2 heures le jour ; 4 fois dans la nuit. Petite douleur terminale.

Le premier verre contient une urine trouble avec nombreux filaments, le deuxième est également un peu trouble, mais moins que le premier.

L'examen du périnée montre l'existence, au-dessous du scrotum, d'une tuméfaction située à gauche de la ligne médiane, et déterminant une légère asymétrie de la région. Cette tuméfaction est peu volumineuse ; en déprimant la région, on sent une induration profonde, très douloureuse, qui a une forme allongée, étendue de un à deux travers de doigt en avant de l'anus jusqu'à la partie postérieure du scrotum.

Au toucher rectal, le passage du doigt à travers le sphincter provoque une douleur très vive. La prostate, un peu grosse, n'est pas douloureuse ; sa surface est régulière.

En déprimant la région périnéale gauche, on sent entre le doigt qui est dans le rectum et celui qui déprime, une masse du volume d'une noix, d'une consistance ferme, profondément rénitente.

Les testicules sont sains ; il existe des adénopathies inguinales.

Incision sous chloroforme le 14 décembre. — Incision longitudinale périnéale à gauche de la ligne médiane.

Il sort une cuillerée à bouche environ de pus crémeux.

Drain. Mèche iodoformée.

Suites. — La température, qui oscillait depuis 4 jours autour de 38°, tombe immédiatement à 37°.

La mèche est enlevée le troisième jour, le drain deux jours après.

Le malade sort guéri le 30 décembre.

OBSERVATION X (personnelle). — *Coupéríte droite de cause indéterminée (peut-être bacillaire) ?*

Le nommé X... âgé de 23 ans, entre le 7 août 1903, dans le service du Dr Hartmann, à l'hôpital Lariboisière.

Entre à l'hôpital pour une tuméfaction périnéale datant de trois semaines environ.

Cette tuméfaction a débuté par une petite saillie douloureuse, située au-dessous des bourses, à droite de la ligne médiane. La douleur, nulle pendant la miction, légère pendant la défécation, était très vive dans la station assise.

La tuméfaction s'est accrue progressivement, et le malade, inquiet,

est venu le 4 août à la consultation, où on lui a conseillé des pansements humides. Malgré ce traitement, les douleurs ont augmenté, en irradiant dans les fesses et dans les cuisses, et le malade se décide à entrer à l'hôpital.

Comme antécédents, jamais de blennorrhagie ni d'écoulement urétral. Jamais d'hématuries. Pertes séminales nocturnes fréquentes.

Examen. — On voit au niveau de la région périnéale une tuméfaction de la grosseur d'une noix, située à droite de la ligne médiane, et recouverte par une peau rouge et amincie.

La palpation montre une fluctuation manifeste.

Le *toucher rectal* permet de sentir que la prostate est petite, souple, sans noyaux indurés. Les vésicules séminales ne sont pas perceptibles.

Urèthre. — Le méat est étroit.

L'explorateur n° 20 passe sans difficultés dans la portion pénienne du canal, et après avoir vaincu un spasme de la région membraneuse, arrive facilement jusque dans la vessie.

Vessie. — La fréquence des mictions est normale, le jour comme la nuit.

Les urines sont claires.

Les mictions ne sont aucunement douloureuses.

Reins. — A gauche, il existe une contracture assez forte, qui empêche l'exploration.

La pression est douloureuse à son niveau, mais le rein ne peut être senti.

A droite, le rein n'est ni douloureux ni perceptible.

Testicules. — Normaux.

Appareil respiratoire. — Bronchites fréquentes. Enrouement. Pleurésie (?) il y 2 ans.

Amaigrissement progressif depuis plusieurs mois.

Intervention le 7 août. — Anesthésie générale au bromure d'éthyle. Incision large ; issue de pus épais et jaunâtre.

Drainage (pendant 2 jours). Pansement humide.

Pas d'examen bactériologique du pus.

Sortie le 19 août.

CHAPITRE III

Cowpérites chroniques.

§ 1. — Cowpérite chronique à répétition.

Cette affection, rare, n'est signalée ni dans la thèse de Gübler, ni dans celle de Nicolle.

La première mention qui en a été faite se trouve dans la thèse de Couillard, incidemment d'ailleurs, dans le chapitre où il traite de l'abcès chronique avec fistule de la glande de Cowper.

Il s'agit, selon lui, de cowpérites, à marche primitivement chronique, non liées en général à la blennorrhagie et où l'inflammation reste localisée à la glande. Le pus détruit peu à peu les cloisons alvéolaires, et se réunit au centre de la glande en un foyer qui doit s'éliminer tôt ou tard ; c'est aussi ce qui se passe, selon Huguier, dans l'inflammation parenchymateuse de la glande vulvo-vaginale.

Mais, tandis que dans celle-ci, qui est très superficielle, le pus est facilement et rapidement évacué au dehors, et la cicatrisation se fait sans fistule, mais avec tendance à de nouveaux abcès (*abcès à répétition*), dans la glande de Cowper, le pus, séparé par un assez large intervalle de la peau du périnée, devra progresser à la façon d'un abcès froid, qui se fistuliserà tôt ou tard, même après fermeture temporaire de l'ouverture cutanée ; en effet, l'accumulation de

mucus au centre de la cavité creusée au sein de la glande, dont les restes forment autour d'elle une coque indurée et hypertrophiée — ou la formation d'un nouvel abcès amènera la réouverture de la fistule, qui finira par persister.

En réalité, cette description de Couillard paraît bien plutôt se rapporter à des faits non encore soupçonnés de tuberculose génitale atteignant la glande de Méry.

Pourtant, l'observation suivante, qui nous est personnelle, semble bien prouver qu'il existe de véritables cowpérites chroniques à répétition, chroniques à cause même de cette répétition, tandis que, à chaque reprise, la marche de l'affection est aiguë, tout comme dans une cowpérite blennorrhagique ordinaire.

Il s'agit d'un malade qui, au cours de quatre blennorrhagies successives, a été chaque fois atteint de douleurs périnéales, accompagnées de tuméfaction de la région du côté droit. La première fois, l'inflammation cowpérienne, soignée à l'aide de sangsues, rétrocéda sans aboutir à la suppuration. Les deux fois suivantes, il se produisit un abcès périnéal droit, qui fut incisé et guérit assez rapidement, *sans laisser de fistule*. Enfin, c'est au cours d'une quatrième blennorrhagie que le malade entre dans le service de notre maître, M. Hartmann, pour une quatrième récurrence de cowpérite.

L'aspect général de la tuméfaction périnéale est celui déjà décrit dans le chapitre précédent. Il n'y a pas de troubles urinaires.

L'incision large de la tumeur donne issue à très peu de pus, et est complétée par un curetage soigné du foyer.

Le malade sort guéri sans fistule au bout de 25 jours.

En somme, il semble résulter de ces quelques faits, qu'une inflammation ancienne de la glande de Cowper, si elle laisse libre, le canal excréteur, et laisse subsister quelques débris glandulaires — peut très bien se revivifier, si les conditions qui lui ont donné une fois naissance, viennent de nouveau à se produire. Peut-être même, par le fait de l'atteinte antérieure, y aurait-il à ce niveau un véritable « lieu de moindre résistance » faisant porter de préférence la nouvelle inoculation, non vers la glande intacte, mais vers celle qui a été primitivement touchée.

A part ces quelques considérations, le tableau clinique est le même que dans toute autre cowpérite aiguë. Seul, le traitement diffère, en ce sens que, pour éviter toute nouvelle récurrence, il est absolument nécessaire de supprimer tous les vestiges glandulaires, par un curetage attentif des parois de la poche suppurée ; ce faisant, on se met à l'abri de toute infection cowpérienne ultérieure, et le malade guérit rapidement.

Voici d'ailleurs l'observation détaillée de notre malade.

OBSERVATION XI (personnelle).— *Cowpérite blennorrhagique droite à répétition. — Incision. — Guérison.*

Le nommé X..., âgé de 35 ans, entré le 14 juillet 1903, salle Civiale.

Le malade entre pour une tumeur périnéale de la grosseur d'un œuf, située à droite du raphé médian. Il s'en est aperçu il y a 12 jours et à ce moment, elle n'avait que la moitié du volume actuel,

C'est la quatrième fois que le malade est atteint de la sorte.

En 1894, première blennorrhagie, à la suite de laquelle violentes douleurs périnéales. La prostate, examinée à ce moment, était grosse, dit le malade, comme une mandarine. On lui appliqua seulement

plusieurs sangsues au périnée, et les phénomènes s'amendèrent.

En 1898, nouvelle blennorrhagie ; nouvelles douleurs périnéales accompagnées de tuméfaction de la région ; les sangsues sont inefficaces, et les douleurs augmentant, on fait au malade une incision qui amène la guérison.

En 1901, troisième blennorrhagie ; tuméfaction et douleurs dans la région périnéale, traitées comme précédemment par une incision.

Actuellement, le malade a un nouvel écoulement depuis 1 mois ; cet écoulement, examiné au microscope, contient des gonocoques. En même temps, la tuméfaction périnéale s'est de nouveau développée, mais les douleurs qu'elle cause sont moins vives que les fois précédentes.

Examen. — A l'inspection, on constate l'existence d'une tuméfaction périnéale, de la grosseur d'un œuf de poule, à contours généralement arrondis, allongée d'avant en arrière entre la racine des bourses et le pourtour antérieur du scrotum. Cette tuméfaction siège à droite du raphé, sur lequel elle empiète cependant un peu pour déborder du côté gauche. Elle est recouverte par une peau rougeâtre, un peu luisante et tendue ; immédiatement à droite de la ligne médiane se voit une cicatrice linéaire, parallèle au raphé, reste de l'ancienne incision.

A la palpation, la tuméfaction est dure dans son ensemble, sauf en son point culminant où siège la cicatrice et où existe une fluctuation manifeste.

Le toucher rectal montre une prostate un peu grosse et dure, sans noyaux. Le palper périnéal combiné permet de sentir la tuméfaction périnéale plaquée sur la face antéro-latérale droite du rectum.

Intervention le 14 juillet. — Incision large périnéale amenant très peu de pus. Curretage du foyer.

Pas d'examen bactériologique.

Suites. — Normales jusqu'au 7 août. Ce jour-là, grand frisson, suivi d'ascension thermique à 40°. Puis oscillations descendantes jusqu'au 9,

Sortie le 9 août.

§ 2. — Kystes de la glande de Cowper.

Cette affection est rare, et il en existe très peu d'exemples probants.

D'une façon générale, on peut dire qu'elle est causée par l'oblitération du canal extérieur de la glande, quelle que soit la cause qui ait amené cette oblitération.

D'après Gübler, elle pourrait exister en dehors de toute inflammation préalable. C'est ainsi qu'il cite un cas de kyste cowpérien par dilatation de la portion sous-muqueuse du canal excréteur, chez un fœtus, où existait une imperforation congénitale de ce conduit; pour lui, il s'agit là d'une sorte de grenouillette.

Terraneus, avant lui, avait déjà trouvé un semblable kyste du canal excréteur, causé par l'obstruction de l'orifice de celui-ci, obstruction qui aurait été causée, d'après Morgagni, par l'existence antérieure d'ulcération uréthrale à ce niveau.

Ces deux cas, où la dilatation est limitée au canal excréteur, sont intéressants, mais ne renseignent aucunement sur les conditions de leur formation et sur les symptômes concomitants.

Couillard rapporte dans sa thèse une observation purement clinique (Obs. IV) où le diagnostic de kyste de la glande de Cowper fut fait par exclusion, sans qu'un contrôle histologique pût être fait, le malade ayant reculé devant l'intervention qu'on lui proposait.

Plus heureux que nos devanciers, nous possédons une observation complète, où le diagnostic exact, fait par notre

maître, le Dr Hartmann, fut vérifié après l'intervention, par l'examen microscopique que notre collègue et ami Lecène fit de la paroi de la poche.

C'est à l'aide de cette observation unique que nous allons tenter d'ébaucher la pathogénie, le tableau clinique et le traitement de cette variété intéressante de kyste périnéal.

Le kyste de la glande de Cowper, contrairement à l'opinion de Gübler, ne peut selon nous, prendre naissance que si une inflammation quelconque de la glande a amené un rétrécissement ou une obstruction de l'origine du canal excréteur.

Il faut, d'autre part, pour cela que l'inflammation primitive ait été *purement glandulaire* et ait rétrocedé avant les phénomènes de diffusion péri-glandulaire.

Si de telles conditions, d'une part intégrité relative de la glande, d'autre part obstruction inflammatoire du canal excréteur, sont réunies, il est naturel que le liquide de sécrétion continuant à se produire et ne pouvant s'échapper au dehors tende à dilater la cavité dans laquelle il est contenu. Peut-être, les sinus collecteurs, dont nous avons parlé en étudiant la structure de la glande, jouent-ils un rôle en se laissant remplir et distendre par le mucus ; ils pourraient être ainsi de véritables amorces pour la future dilatation kystique. Quoi qu'il en soit, le liquide trop à l'étroit, comprime les acini glandulaires les plus superficiels et les cloisons fibreuses inter-acineuses, puis inter-lobulaires qui s'atrophient et disparaissent.

Si la sécrétion continue, la glande elle-même finit par être transformée en une poche plus ou moins volumineuse, remplie par un mucus de caractères normaux.

Mais il est rare que les choses se passent ainsi sans encombre ; le plus souvent, à la suite d'une infection de cause extérieure, peut-être propagée par la voie lymphatique, la poche kystique s'enflamme et son contenu devient purulent ; les parois réagissent alors à son contact, s'indurent et s'épaississent.

En ce cas, comme dans toute suppuration, le pus cherche à se frayer une voie au dehors, et s'ouvre passage, soit vers la peau du périnée, soit vers la lumière du canal, quelquefois même vers les deux à la fois, comme on peut le voir dans notre observation.

A ce stade, le diagnostic avec un abcès cowpérien quelconque est fort difficile, et on ne peut affirmer la nature de la formation kystique que si l'examen microscopique permet de retrouver, comme dans notre cas, des débris glandulaires inclus dans la paroi de la poche, tapissée par ailleurs par un épithélium plus ou moins aplati.

Au point de vue clinique, chez notre malade, le kyste a débuté 4 ans après une blennorrhagie, comme une cowpérite aiguë ; fait à remarquer, l'apparition de la tumeur périnéale a coïncidé avec des troubles de la miction (gêne et fréquence) troubles qui ont cessé après l'incision de la petite poche cowpérienne.

Un mois après, celle-ci se reforme et se *fistulise* vers le périnée. On fait au malade une nouvelle incision suivie d'une nouvelle récurrence, la poche se vidant toujours par la petite fistule périnéale.

Le malade vit dès lors avec son infirmité, peu gênante, non douloureuse, et ne l'empêchant pas de se livrer à son travail.

Sa quiétude n'est troublée que longtemps après par l'apparition de quelques gouttes d'urine dans le pus qui coule à travers la fistule périnéale, accident qui pousse le malade à entrer à l'hôpital. L'urèthre, à son tour, a donc été perforé.

Jusque-là, les caractères sont donc à la fois ceux d'une cowpérite chronique à répétition, et ceux d'une cowpérite à fistule simple, dont nous avons donné plus haut la description. Là où les symptômes diffèrent, c'est par ce fait que la peau est mobile sur les plans sous-jacents, excepté au niveau de la cicatrice, vestige des anciennes interventions, où il y a une sorte de coque fibreuse, qui se laisse cependant un peu déprimer.

De même, l'absence de rétrécissements de l'urèthre, libre à l'explorateur n° 20, le siège latéral de la tuméfaction périnéale, les signes nets de cowpérite antérieure font éliminer le diagnostic de fistule urinaire consécutive à l'ouverture d'un abcès urinaire.

En conséquence, le diagnostic de kyste de la glande de Cowper est posé par M. Hartmann, qui intervient avec succès.

Le *traitement* consiste en une large incision périnéale, mettant à nu la poche, dont il faut exciser les parois le plus possible. Le curetage achèvera le travail des ciseaux ou du bistouri. La cavité sera laissée largement ouverte et tamponnée à la gaze iodoformée. Ce faisant, on permettra la cicatrisation de la profondeur vers la superficie, et, par suite, la cicatrisation de la petite fistule uréthrale, que l'on peut hâter par la mise d'une sonde à demeure.

La guérison complète a été ainsi obtenue dans le cas que

nous publions ci-après et où le diagnostic a été, nous l'avons dit, vérifié par l'examen microscopique.

OBSERVATION XII (personnelle). — *Kyste de la glande de Cowper. — Excision des parois de la poche. — Guérison.*

Le nommé X..., âgé de 55 ans, entre le 13 juin 1901 dans le service du Dr Hartmann, à l'hôpital Lariboisière.

Blennorrhagie en 1888. Guérie en 3 semaines à l'aide du copahu.

Depuis, aucun trouble de miction.

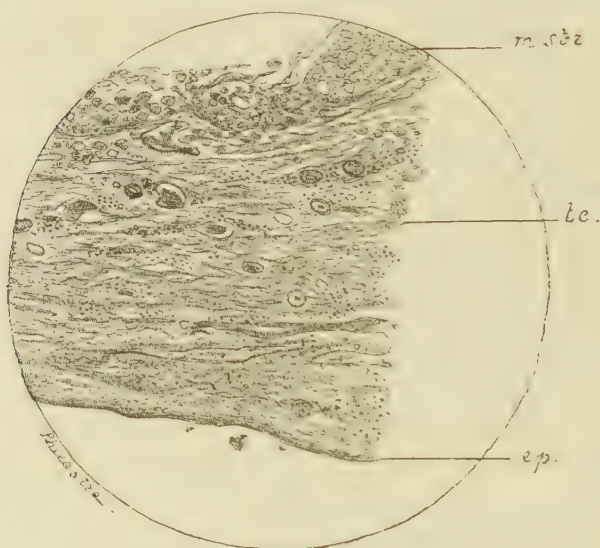


FIG. 12. — Coupe de la paroi du kyste (grossissement faible).

e p : épithélium.

lc : tissu conjonctif.

m str : muscle strié.

Il y a 4 ans, tuméfaction, douleur et rougeur dans la région périnéale antérieure gauche. En même temps, gêne et fréquence de la miction ; le malade urine goutte à goutte. M. Guinard porte le diagnostic de cowpérite et incise au niveau de la région périnéale.

Un mois après, le malade a repris son travail, et les troubles de la

miction ont entièrement disparu. Mais il se forme une poche périnéale, qui s'emplit lentement et se vide par un petit orifice. Nouvelle incision, puis nouvelle récurrence.

Les choses restent dès lors en l'état.

Mais, le malade, s'étant aperçu il y a un mois que le pus sortant par la fistule renfermait de l'urine, se décide à entrer à l'hôpital.

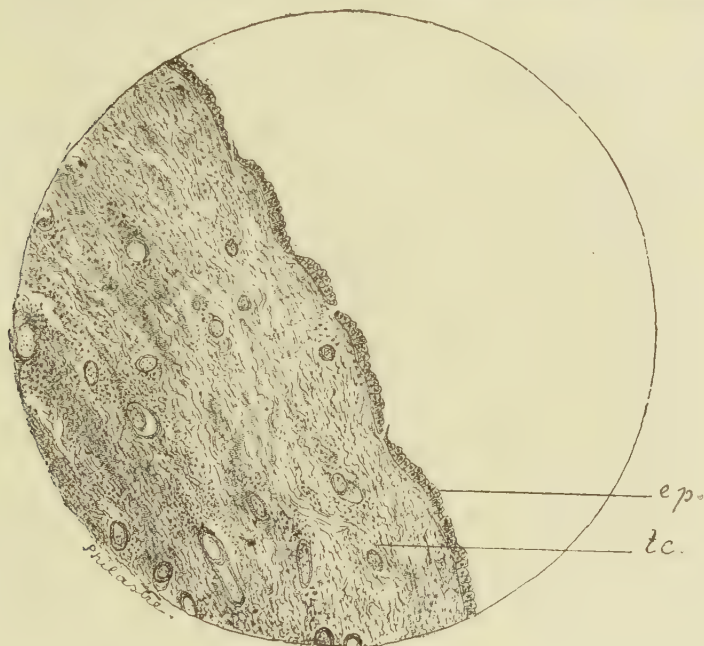


FIG. 13. — Coupe de la paroi du kyste (plus fort grossissement).

Examen. — Poche de la grosseur d'un œuf, à base périnéale, occupant la portion scrotale et la moitié antérieure de la portion périnéale gauche de l'urèthre.

A l'union des deux portions, on aperçoit une cicatrice déprimée, au centre de laquelle se trouve un bourgeon charnu ; c'est par là, dit le malade, que se vide la poche.

A la palpation, la peau, normale de coloration et de consistance,

est mobile sur les plans sous-jacents, excepté au niveau de la cicatrice précitée, où il y a une sorte de coque fibreuse, qui peut cependant être déprimée.

A l'exploration du canal, la boule de l'explorateur n° 20 se trouve serrée dans la traversée scrotale ; au delà, la paroi du canal paraît indurée, mais l'on arrive sans difficulté jusque dans la vessie.

Lorsque la boule de l'explorateur a franchi la région scrotale, il devient impossible de la retrouver, soit par la palpation du périnée, en arrière de la tumeur, soit par le toucher rectal.

Intervention le 17 juin par *M. Hartmann*.

Longue incision médiane périnéale ouvrant une vaste poche à paroi d'apparence fibreuse, épaisse d'un centimètre, développée dans le périnée, allant dans la profondeur jusque sur la paroi latérale gauche de l'urèthre.

Nous excisons la plus grande partie de cette poche avec une pince et des ciseaux ; grattons le fond, le tamponnons et le frictionnons avec du sublimé à 1/2000. Puis nous tamponnons à la gaze iodoformée toute la plaie.

Suites. — Le 18 juin, il coule un peu d'urine par la plaie.

Le 21, la température monte à 38°6, et le malade présente un érythème iodoformé intense.

Le 22, on met une sonde à demeure, que l'on retire le lendemain.

Le 10 juillet, la plaie est presque entièrement refermée et est cautérisée au nitrate d'argent.

Sortie le 11 juillet.

Examen histologique par Lecène. — Des coupes ont été faites en différents points :

1° Certaines coupes comprennent toute l'épaisseur de la paroi du kyste depuis la peau du périnée jusqu'à la cavité du kyste. On voit que celle-ci est bordée par un épithélium à un ou parfois deux rangs de cellules épithéliales cubiques, aplaties par pression excentrique. Le derme de la peau du périnée est chroniquement enflammé ; on rencontre également des faisceaux musculaires striés coupés en travers.

2° D'autres coupes comprennent simplement la paroi du kyste : elles montrent que celle-ci est formée de tissu conjonctif dense, et que la cavité kystique est garnie d'un épithélium cubique. En un point de cette paroi, on rencontre des débris de *glande en grappe*, morcelés par le tissu conjonctif dense ; ces débris sont certainement des débris de glandes de Cowper (comparaison avec glande de Cowper normale).

3° Les coupes d'une des brides fibreuses qui cloisonnent le kyste montrent simplement que cette bride est formée de tissu conjonctif dense et vasculaire.

§ 3. — Cowpérites chroniques avec fistule simple.

Nous n'avons sur ce sujet d'autres documents que la thèse déjà ancienne de Gruget. Celui-ci, comme Couillard, a observé des cowpérites suivies de fistulisation, mais il arrive à des notions pathogéniques bien différentes à celles de ce dernier auteur. Couillard, en effet, semble penser, sans l'oser dire, à la tuberculose, lorsqu'il décrit, comme nous venons de le voir, ces cowpérites à marche lente, chronique, véritables abcès froids à parois organisées.

Gruget au contraire, commence par décrire la cowpérite aiguë, puis il ajoute :

« La terminaison n'est pas toujours aussi favorable ; il arrive parfois que la petite plaie ne se cicatrise pas ; le trajet périnéal par lequel l'abcès s'est vidé, demeure fistuleux ; un liquide particulier s'en écoule ; on est alors en présence d'une affection comparable aux fistules salivaires, mammaires, et aux fistules de la glande-vulvo-vaginale. »

Nous n'avons pas retrouvé d'observations pouvant se rapporter exactement à cette définition et non entachées d'un

soupçon de tuberculose ; nous n'en avons nous-même observé aucun cas. Nous nous bornerons donc à reproduire les idées de Gruget, sans publier ses observations, dont deux au moins (Obs. II et III) n'ont pas grand intérêt scientifique, puisque les malades dont il s'agissait n'ont pas été complètement suivis par l'auteur.

Les cowpérites chroniques avec fistule simple résulteraient en toutes circonstances de la continuation de la sécrétion glandulaire, alors que l'excrétion ne se fait plus par les voies naturelles.

Contrairement à ce qui se passe pour les cowpérites à répétition, il faut que le canal excréteur soit obstrué, qu'il ait été sectionné par le bistouri, lors de l'ouverture de l'abcès, ou bien qu'il ait été détruit par le travail de la suppuration.

Il faut aussi, mais alors comme dans les cowpérites à répétition, qu'il persiste une quantité de tissu glandulaire suffisante pour sécréter du mucus dont la présence est indispensable pour entretenir la petite fistule ; si en effet, la fonte purulente de l'organe a été complète, il n'y a plus production de mucus, et la plaie se cicatrice rapidement (cas de Gübler).

Au point de vue clinique, les caractères de la fistule simple de la glande de Cowper sont les suivants : l'orifice extérieur de la fistule se trouve en avant, à 3 centimètres et plus de l'anus, généralement sur le côté du raphé périnéal. Cet orifice est étroit ; la peau voisine est de coloration normale, sans induration ni adhérences. Le trajet se dirige directement vers la glande.

A la palpation, on trouve un corps résistant, de volume

variable, situé à 3 centimètres en avant de l'anus, et représentant la glande indurée.

Il s'écoule par la fistule un liquide particulier, peu abondant, dont les caractères rappellent ceux que nous avons décrits plus haut ; l'écoulement du liquide augmente, si on appuie sur le périnée en allant de la glande vers l'orifice du trajet, et, point plus important, il augmente aussi dans les rapports sexuels, avant l'éjaculation (cas de Després, recueilli par Quénu, et publié intégralement dans les thèses de Gruget et Couillard).

Le diagnostic n'est pas toujours facile à faire avec la *fistule anale* ; mais celle-ci ne siège pas d'habitude aussi loin de l'anus ; elle peut donner issue à des gaz ou des matières.

Si on explore le trajet au stylet, tandis que l'index de l'autre main est introduit dans l'anus, on voit le stylet se diriger vers le rectum, dans lequel il pénètre parfois, si la fistule est complète ; sinon, il est séparé par une faible épaisseur de parties molles du doigt explorateur, enfin, il existe presque toujours des signes de tuberculose concomitante.

De plus, si la fistule appartient réellement à la glande de Cowper, elle aura été consécutive à une cowpérite aiguë, d'origine blennorrhagique le plus souvent, ce qu'il sera facile de savoir en demandant au malade ses antécédents.

Pour ce qui est de la *fistule urinaire*, elle ne peut guère être confondue, car l'écoulement d'urine, qui peut se produire par la plaie après l'incision d'une cowpérite, est toujours momentané et ne retarde en rien la cicatrisation.

Le pronostic de cette affection chronique est bénin ; c'est plutôt même une infirmité, ni douloureuse, ni très gênante, mais cependant incurable, tant que la cause persiste.

Cette cause, nous l'avons vu, n'est autre que la présence de restes glandulaires qui continuent à sécréter. Le mieux à faire est donc de les enlever, soit par curetage, soit même au bistouri, opération déjà conseillée par Swediaur, et cependant qualifiée par Gübler d'excentricité chirurgicale !

§ 4. — **Cowpérites chroniques tuberculeuses.**

Nous ne reviendrons pas ici sur les différentes étapes qui ont permis l'isolement définitif des affections tuberculeuses de la glande de Méry ; nous nous servirons, pour tâcher d'en établir l'aspect clinique, des derniers travaux parus sur la matière, c'est-à-dire ceux d'Englisch sur la péri-urétrite tuberculeuse externe, les observations communiquées par Hartmann et Lecène, et surtout le travail si documenté et si intéressant de Hallé et Motz sur la tuberculose de l'urèthre antérieur.

Nous pensions pouvoir ajouter aux notions déjà acquises celles tirées d'une observation personnelle recueillie par nous dans le service de notre maître, M. Hartmann, à l'hôpital Lariboisière, mais, en suivant de plus près le malade, nous nous sommes aperçu que notre diagnostic primitif n'était pas exact, et, en conséquence, nous ne publierons cette observation que pour montrer la difficulté qui peut exister dans le diagnostic entre la cowpérite tuberculeuse, et un abcès froid périnéal d'origine osseuse.

Étiologie. — Pathogénie. — D'après Hallé et Motz, la tuberculose de l'urèthre antérieur (y compris sa localisation sur les glandes bulbo-uréthrales), est une lésion secondaire à la tuberculose de l'appareil urinaire ou génital.

« L'aspect des lésions, leur âge, leur chronologie probable, désignent la tuberculose uréthrale antérieure comme une lésion secondaire et descendante. » (Hallé et Motz)

Cependant les auteurs ne rejettent pas complètement l'hypothèse de la tuberculose uréthrale antérieure primitive, laquelle paraît même définitivement prouvée par l'observation II d'Hartmann et Lecène, où il n'existait aucune lésion bacillaire de l'appareil génito-urinaire.

Dans le premier cas, la porte d'entrée permettant la pénétration du bacille de Koch jusque dans l'intimité du tissu glandulaire, siège nécessairement au niveau de l'embouchure des canaux excréteurs. Il y a inoculation directe par l'urine chargée de produits tuberculeux bacillaires et virulents, provenant des parties supérieures de l'appareil, rein, vessie, prostate, ou de l'appareil génital, et cette inoculation se produit d'autant plus facilement qu'est réalisée en ce cas la stagnation nécessaire à l'abri et à la fixation du bacille sur les tissus. C'est donc dire que l'inflammation glandulaire joue un rôle important et primitif dans l'inoculation de la muqueuse uréthrale, qui ne serait atteinte que secondairement (Hallé et Motz).

Dans le second cas, au contraire, où manquent les lésions bacillaires de l'appareil génito-urinaire, tandis qu'existent des lésions pulmonaires bien nettes, il faut admettre que l'inoculation de la glande a eu lieu par la voie sanguine. C'est la pathogénie qu'invoquent Hartmann et Lecène pour le malade qui fait l'objet de leur seconde observation.

C'est aussi à la voie sanguine que Hallé et Motz donnent le rôle principal dans les cas où il existe des lésions isolées de la gaine érectile, sans rapport direct de continuité avec

celles de la muqueuse. Pour ce qui est de la tuberculose des glandes de Cowper intra-bulbaires, sur laquelle insistent Hallé et Hogge, il peut y avoir coexistence des deux processus, l'inoculation pouvant se faire à la fois par leur canal excréteur, et par la voie sanguine, puisque ces prolongements glandulaires occupent des tissus essentiellement vasculaires.

Quoi qu'il en soit, si la localisation tuberculeuse sur les glandes de Méry peut se produire spontanément dans une tuberculose génito-urinaire étendue à l'urèthre antérieur, il existe des cas où l'inoculation lorsqu'elle a lieu par voie sanguine, paraît être en rapport avec une inflammation ancienne, blennorrhagique ou autre, qui a fait de la glande un véritable lieu de « moindre résistance » (Hartmann et Lecène). La notion du terrain, ici comme dans tant d'autres affections, joue donc un rôle plus ou moins important; nous ne possédons malheureusement pas de documents suffisants pour aborder avec certitude l'étude de ce point spécial de pathogénie, mais il nous semble infiniment probable que les choses peuvent se passer ainsi, et que toute cowpérite, chez un blennorrhagique, tuberculeux actuel ou futur, doit plus tard éveiller d'une façon fâcheuse la susceptibilité de la glande à se laisser envahir par le bacille tuberculeux.

Anatomie pathologique. — Les premières notions anatomo-pathologiques relatives à la tuberculose de la glande de Cowper, remontent au travail d'Englisch, en 1883. Cet auteur, qui distingue la péri-urétrite en interne et externe, suivant que la lésion siège au-dessus ou au-dessous de l'aponévrose moyenne, admet que la péri-urétrite externe résulte, dans la plupart des cas, d'une inflammation des glan-

des de Cowper. Tout ce qui résulte de ses observations, au point de vue anatomique, est que la maladie est caractérisée par une néoformation de fongosités tout à fait analogues à celles de la tuberculose articulaire.

Par contre, Hallé et Motz apportent des faits anatomopathologiques certains, montrant « la fréquence des lésions tuberculeuses de la glande de Cowper, et le rôle prépondérant qu'elles jouent dans la production des abcès froids périnéo-bulbaires fistuleux ». Nous ne pouvons mieux faire que de leur emprunter leur description en la résumant.

D'après ces auteurs, la tuberculose cowpérienne peut affecter des formes diverses, et n'évolue pas constamment comme dans les cas d'Englisch. Au point de vue de la fréquence de cette localisation bacillaire, ils ont trouvé 5 fois, sur 11 cas de lésions tuberculeuses de l'urèthre antérieur, des lésions concomitantes des glandes bulbo-uréthrales. L'examen attentif de ces lésions leur a permis de les classer en deux formes, se rapportant exactement à ce que nous avons déjà décrit au sujet des cowpérites aiguës :

1° *Tuberculose glandulaire intra-capsulaire limitée*, avec ses trois stades d'évolution : infiltration tuberculeuse massive crue ; ramollissement central avec formation d'une cavité ; enfin, transformation kystique caséuse totale. La lésion peut évoluer jusqu'à son dernier degré, destruction complète de la glande, sans franchir l'enveloppe libreuse. Le tissu cellulaire péri-glandulaire reste indemne.

2° *Tuberculose glandulaire et péri-glandulaire diffuse* : abcès froid périnéal, d'origine cowpérienne, sus- et rétro-bulbaire, ou latéro-bulbaire et sous-bulbaire aboutissant à une fistule périnéale ; c'est la péri-urétrite d'Englisch,

correspondant aussi aux cas de Couillard, et à l'observation I de Hartmann et Lecène.

Les lésions cowpériennes intra-bulbaires, plus rares, sont néanmoins fort intéressantes.

« Elles existaient, disent Halle et Motz, dans deux de nos cas.

« Dans l'observation XII, la tuberculose bulbaire centrale, péri-urétrale, d'origine cowpérienne est évidente : au milieu du foyer tuberculeux central du bulbe, on retrouve des acini glandulaires, avec péri-adénite tuberculeuse manifeste.

« Dans l'observation XI, le bulbe est creusé d'une cavité centrale sous-urétrale, communiquant avec l'urètre par l'intermédiaire du conduit excréteur de la glande, encore bien conservée.

« Dans trois pièces anciennes du Musée de Necker où les lésions de tuberculose ancienne étaient profondes et multiples, nous avons rencontré cette cavité bulbaire centrale dont l'origine cowpérienne après les deux faits précédents, est bien probable. » (Hallé et Motz)

Cette cowpérite bulbaire a été aussi observée par Hogge (de Liège) qui a bien voulu m'en envoyer une observation résumée, qu'il fait suivre de ces commentaires :

« Cas intéressant : 1^o parce qu'il dénote l'importance du lobe bulbaire des glandes de Cowper « cowpérite bulbaire » accompagnée généralement de péri-urétrite, d'abcès péri-néal, et de fistule consécutive ; 2^o à cause de la guérison spontanée de cette fistule. »

Au point de vue des lésions histologiques proprement dites du début de l'affection, Hallé et Motz ont pu consta-

ter, dans deux cas de cowpérite bulbaire, qu'elles étaient identiques à celles qui existent dans les autres glandes uréthrales et présentaient tous les caractères de la tuberculose péri-acineuse diffuse.

« La glande est dissociée, englobée dans un nodule d'infiltration embryonnaire confluent, volumineuse ; les acini sont perforés et remplis de masses épithéliales en voie de régression ; de nombreux follicules élémentaires à cellules géantes, des granulations, ou des masses vitro-caséuses, en voie de régression, sont disséminés dans le tissu péri-acineux. »

Dans le cas d'Hartmann et Lecène, où la glande fut enlevée alors que la tuberculose, était encore intra-glandulaire, voici ce qu'on trouva :

« Si, dans certains points, la structure normale des acini de la glande de Cowper était conservée, avec simplement un léger degré d'infiltration embryonnaire péri-acineuse ; en d'autres points, au contraire, les lésions glandulaires étaient intenses ; certains acini étaient complètement détruits, remplacés par un tissu embryonnaire très abondant, formé surtout de leucocytes mononucléaires.

« Les canaux excréteurs des acini, remplis de leucocytes et de cellules épithéliales desquamées étaient seuls reconnaissables, épars çà et là dans le tissu embryonnaire d'inflammation récente. En quelques points, des cellules géantes tuberculeuses très nettes se trouvaient au milieu du tissu embryonnaire, entourées d'une couronne de cellules épithélioïdes. En d'autres points, les acini détruits étaient remplacés par un tissu conjonctif plus adulte, fibrillaire, résultant évidemment de la transformation évolutive du tissu embryonnaire.

« Vers l'une des extrémités de la glande, on trouvait coupé longitudinalement un canal excréteur d'assez grandes dimensions, revêtu d'un épithélium polyédrique stratifié. C'était évidemment le canal excréteur enlevé en même temps que la glande.

« L'examen bactériologique de plusieurs coupes colorées par le Ziel à froid nous permirent de trouver deux bacilles de Koch à la périphérie d'une des cellules géantes. » (Hartmann et Lecène).

Symptômes — Marche. — Diagnostic. — Il est assez difficile actuellement d'établir un tableau clinique net et exact de cette affection.

En effet les observations absolument probantes et contrôlées histologiquement sont fort rares; celle communiquée par Hartmann et Lecène est la seule où cet examen ait été fait; encore faut-il dire que le diagnostic primitif était celui de cowpérite blennorrhagique et que le diagnostic de la nature tuberculeuse n'a été fait que par le microscope. D'autre part, les observations d'Englisch, purement cliniques, sans contrôle anatomo-pathologique, permettent de douter et de l'origine cowpérienne et de la nature tuberculeuse des lésions, tandis que le travail de Hallé et Motz est basé sur des examens de pièces anatomo-pathologiques, sans que les observations cliniques qui s'y rapportent fassent seulement mention de l'envahissement des glandes bulbo-uréthrales, alors que le sujet était en vie. Enfin il est certainement des cas où des abcès froids périnéaux d'origine osseuse ont pu être rapportés à une lésion tuberculeuse de la glande de Cowper (comme le prouve notre observation XIV) tandis que, réciproquement, des abcès pris pour des

abcès par congestion semblaient en réalité bien venir de la glande de Méry (Hamonic).

Quoi qu'il en soit, en nous servant de tous les faits connus sur ce sujet, nous arriverons peut-être à établir une description qui suive d'assez près la réalité.

La cowpérite tuberculeuse se rencontre de préférence chez des sujets, tuberculeux, pulmonaires ou génito-urinaires avérés, souvent anciens blennorrhagiques, ayant conservé un écoulement chronique non douloureux.

Cet écoulement torpide et plus ou moins abondant peut être séreux et ne pas contenir de gonocoques ; il serait dû dans ce cas à l'envahissement de l'urèthre antérieur par le bacille de Koch.

C'est au cours de cet écoulement qu'apparaît spontanément une tumeur périnéale occupant le triangle bulbo-urétral et absolument semblable dans ses caractères à celle qui représente la cowpérite aiguë au début. Si l'on vient alors à examiner le pus urétral et si on y trouve des gonocoques, on fait immédiatement le diagnostic de cowpérite blennorrhagique. A cette période, en effet, la confusion, si l'esprit n'en est pas averti, est pour ainsi dire fatale, comme nous l'avons vu tout à l'heure.

La différence s'accuse par la suite ; en effet, la tuméfaction périnéale augmente lentement sans grande réaction locale, envahissant peu à peu les tissus mous du périnée, puis la peau, qui rougit et s'amincit.

La collection ayant été ouverte spontanément ou chirurgicalement, il sort une quantité peu abondante de pus séreux, découvrant des granulations pâles et mollasses.

Dès lors, la caractéristique, la marche distinctive de

l'affection, est la fistulisation persistante de la plaie, qui continue à donner pendant des jours et des semaines, sans que le malade voie se produire d'amélioration dans son état.

En somme, l'aspect et la marche de l'affection sont celles d'un véritable abcès froid périnéal, ainsi que l'avait déjà montré Couillard. Mais, si l'on vient à introduire un stylet dans la plaie, on le voit se diriger vers l'urèthre membraneux et non vers la branche ischio-pubienne. Cependant, des confusions peuvent facilement se produire, témoin le malade sujet de notre observation XIV, et porteur d'une tuberculose ramollie des deux sommets, chez lequel nous incisâmes et curettâmes un abcès périnéal gauche, qui nous semblait manifestement venir de la glande bulbo-urétrale, puisque la sonde cannelée ne nous mena sur aucun point osseux.

Le malade sortit guéri en apparence, *sans fistule*, deux mois après, et cependant, au bout de trois mois il revenait, porteur d'une petite fistule périnéale, à travers laquelle un stylet s'enfonçait pour aller buter, après un trajet de 10 centimètres, sur la branche ischio-pubienne gauche, dénudée en un point. Notre premier diagnostic, dont la nature tuberculeuse avait été vérifiée par l'inoculation au cobaye, était donc erroné, du moins au point de vue de l'origine des lésions; aurait-il fallu admettre en ce cas la possibilité d'une lésion osseuse secondaire ouverte dans le premier foyer cowpérien; c'est là une hypothèse à laquelle les faits connus de nous ne nous permettent pas de répondre.

Par contre, dans une observation d'Hamonic, datant de 1885, on voit l'auteur, qui avait d'abord cru à un abcès froid d'origine osseuse, ne pas trouver de lésions osseuses après l'incision, et être fixé par l'examen microscopique sur l'origine cowpérienne de l'affection.

Lorsque la fistule s'est produite et ne tend pas à se refermer, il faut donc penser à la possibilité de la tuberculose, et rechercher tous les autres signes susceptibles de fixer le diagnostic.

L'examen attentif du pus de l'urèthre, qui ne renferme pas de gonocoques, la recherche des lésions bacillaires dans la vessie, les reins, la prostate, les vésicules, les testicules, les signes de tuberculose pulmonaire pourront aider à poser le diagnostic. Mais celui-ci ne pourra être absolument ferme qu'après abrasion des parois de la poche, lorsque le microscope aura montré, à côté de l'infiltration embryonnaire, la présence de quelques débris glandulaires reconnaissables.

Cette dernière condition est difficile à remplir, car, lorsque l'affection en est arrivée à la phase de fistulisation, la glande a pour ainsi dire disparu, et tout ce qu'on peut alors affirmer, histologiquement ou par la méthode d'inoculation, c'est qu'il s'agit là d'une lésion tuberculeuse.

Or, le seul moment où le diagnostic microscopique peut être vraiment fait est celui où l'infiltration tuberculeuse est encore limitée à la glande. Mais, le plus souvent, à ce stade, les phénomènes périnéaux n'attirent guère l'attention, pour peu surtout qu'ils soient cachés par des symptômes graves, vésicaux, rénaux ou prostatiques. C'est ainsi que, dans tous les cas d'Hallé et Motz, la cowpérite tuberculeuse fut une trouvaille d'autopsie.

Plus tard, les allures, nous l'avons dit, sont celles d'une vulgaire cowpérite blennorrhagique à marche lente, et, seule la fistule persistante peut mettre sur la voie du diagnostic ; encore est-il bon de dire que la fistule simple de la glande de Cowper peut en imposer. Il faut l'ensemble des manifes-

tations tuberculeuses dans le restant de l'économie, pour pouvoir, sinon affirmer, du moins considérer comme très plausible l'hypothèse d'une cowpérite tuberculeuse.

Le processus tuberculeux peut d'ailleurs ulcérer, soit l'urèthre, soit le rectum, d'où la formation d'une fistule anale. Le diagnostic avec la fistule consécutive à un abcès de la marge de l'anus est alors très difficile ; il faut se baser sur l'éloignement de l'orifice fistuleux qui siège à 3 ou 4 centimètres de l'anus, et sur le fait que, dans l'exploration au stylet, celui-ci peut suivre un double trajet, l'un vers le rectum, l'autre dans la profondeur du périnée, vers l'urèthre membraneux. Les caractères de l'écoulement sont en outre différents.

En somme, les caractéristiques de la cowpérite tuberculeuse sont les suivantes : chez un sujet atteint de tuberculose pulmonaire ou uro-génitale, une blennorrhée tenace, pauvrement sécrétante, s'est installée ; au cours de ce suintement, le périnée se tumélie sur un des côtés du bulbe ; le gonflement s'étend vers le pénis et le scrotum, laissant libres les environs de l'anus. L'ouverture spontanée ou chirurgicale donne issue à un pus rare et séreux, et des granulations molles emplissent le foyer, qui reste fistuleux (Forgue).

La cowpérite tuberculeuse pourrait cependant ne pas aboutir à la fistulisation ; en effet, tous les cas signalés par Hallé et Molz, sont restés fermés et n'ont même pas été remarqués, puisque rien n'est consigné sur ce sujet dans les observations afférentes. Bien plus, il peut même exister des cas où la fistule tuberculeuse d'origine cowpérienne, peut se tarir spontanément, témoin l'observation XV communi-

quée par Hogge, et se rapportant à une bulbite présumée tuberculeuse et suppurée qui a néanmoins guéri sans opération.

Quoi qu'il en soit, il ne faut pas arguer de ce fait unique pour aboutir à l'abstention thérapeutique. Toute cowpérite tuberculeuse, peu grave par elle-même, peut et doit guérir, si elle est soumise à un traitement rationnel.

Traitement. — Le traitement doit différer, suivant que la tuberculose cowpérienne a été diagnostiquée à son début, alors qu'elle est encore intra-glandulaire, ou après son ouverture périnéale et sa fistulisation.

Dans le premier cas, comme l'ont montré Hartmann et Lecène, le moyen le plus simple et le plus radical est d'extirper la glande malade. Pour mettre la glande à découvert, l'incision de la prostatectomie périnéale, incision bi-ischiatique curviligne, à concavité postérieure est la meilleure. Après section du noyau fibreux du périnée, on incise directement d'avant en arrière, en se tenant toujours plus rapproché du bulbe que du rectum, pour ne pas s'exposer à blesser celui-ci. Puis, après section du petit muscle recto-urétral, le rectum se décolle facilement et se refoule aisément en arrière. En mettant alors une bougie dans le canal, on reconnaît l'urètre membraneux, et, dès lors, rien n'est plus simple que de trouver la glande enflammée et indurée, qui roule sous le doigt et se dissèque sans difficultés.

La plaie opératoire est refermée, et les suites en sont d'habitude très simples.

Dans le second cas, au contraire, il s'agit d'un véritable abcès froid, à parois organisées et dangereuses par cela même. Il est donc nécessaire de les détruire, soit en les

abrasant aux ciseaux ou au bistouri, soit en curetant énergiquement la cavité, que l'on cautérise ensuite au thermocautère et que l'on tamponne à la gaze iodoformée. Par la suite, quelques attouchements au naphthol camphré peuvent être utiles.

Il faut avoir soin de laisser la plaie se refermer exactement de la profondeur vers la périphérie, et, si la cicatrisation semble aller trop rapidement sur les bords de la plaie, il faut avoir recours au crayon au nitrate d'argent pour réprimer des bourgeonnements exubérants. Ce faisant, on pourra obtenir une guérison complète et durable de la cowpérite tuberculeuse même fistulisée.

Le traitement général par la suralimentation, les préparations arsenicales, liqueur de Fowler, cacodylate de soude, contribueront pour leur part à raffermir la santé générale, et augmenteront la force de résistance du sujet à la diathèse tuberculeuse.

OBSERVATION XIII. — Communiquée par HARTMANN et LECÈNE à la 6^e Session de l'association française d'urologie, 1902. — *Tuberculose non encore suppurée de la glande de Cowper.*

A..., âgé de 23 ans, entre dans le service du Dr Hartmann, à l'hôpital Lariboisière, le 3 juin 1901.

Vers le 25 janvier 1901, le malade a remarqué qu'il avait un écoulement urétral peu abondant, sans douleur aucune, même pendant la miction, se manifestant sous la forme de 2 ou 3 gouttes de pus verdâtre, épaisses, rendues pendant les 24 heures. C'est par hasard en faisant sa toilette que le malade s'aperçut de cet écoulement. Il n'y avait pas eu de coït depuis trois semaines. Il vint alors à la consultation du service Civile où l'examen du pus ne montra pas de gonocoque. On fit des instillations de nitrate d'argent au

centième. L'écoulement devint plus abondant, nécessitant le port d'un petit pansement ouaté devant le méat. A la troisième instillation, le malade éprouva de la douleur en urinant, avec cuisson et brûlure persistant pendant 3 heures après l'instillation. A la sixième



FIG. 13.

Coupe d'une portion de glande présentant des lésions d'inflammation (H. HARTMANN et P. LECÈNE).

a, acini ; t. c. i, tissu conjonctif interacineux infiltré d'éléments embryonnaire.

instillation, on trouva des gonocoques très rares dans le pus (La recherche fut faite par M. Luys).

Le 4 février, on commença à faire quelques lavages au permanganate de potasse, sans résultat bien appréciable. Le malade fut pris alors de phénomènes généraux infectieux attribués à la grippe : fièvre : 40°, frisson, rachialgie. Au bout de dix jours, cette poussée fébrile était terminée. Le malade qui pendant sa courte maladie

n'avait plus soigné son urèthre, commença à souffrir plus vivement en urinant. Les érections étaient douloureuses ; l'écoulement jaune verdâtre était plus abondant. On reprit les lavages au permanganate auxquels on adjoignit des massages de la prostate : ceux-ci faisaient sourdre de l'urèthre une assez grande quantité de pus. Les massages



FIG. 15.

Coupe d'une portion de glande présentant des lésions d'inflammation tuberculeuse (H. HARTMANN et P. LECÈNE).

a. c., acinus ; *c. g.*, cellules géantes, *t. c.*, tissu embryonnaire.

étaient d'ailleurs presque indolores. Vers le 15 avril, le massage de la prostate qui avait toujours été pratiqué régulièrement depuis le début, ramena un peu de sang mêlé au pus. L'écoulement était d'ailleurs devenu irrégulier : cessant pendant un ou deux jours pour reprendre ensuite. Jamais il n'y eut de phénomènes de cystite (fréquence des mictions, ténésme, etc.).

On fit alors l'expérience suivante ; après une miction, lavage à l'eau boricuée de l'urèthre antérieur avec le bock, jusqu'à ce que le liquide ressortit clair. Le massage de la prostate pratiqué à ce mo-

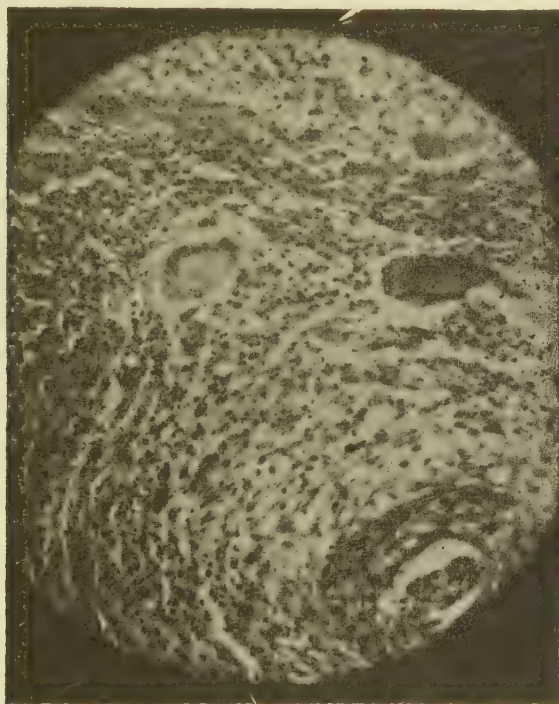


FIG. 16.

Photographie à un plus fort grossissement d'un point de la coupe précédente (follicule tuberculeux avec cellule géante) (H. HARTMANN et P. LECÈNE).

ment ne ramène rien ou presque rien. Au contraire, la pression sur une petite tumeur située profondément dans la partie latérale gauche du périnée fait sourdre aussitôt du pus épais et jaunâtre.

Les jours suivants, on continue le massage de la petite tumeur, ramenant régulièrement du pus avec parfois du sang. On terminait la séance de massage par un lavage de l'urèthre et de la vessie au

permanganate de potasse à 1 pour 2000. Le pus obtenu par la pression de la petite tumeur para-urétrale a été examiné plusieurs fois : tantôt il n'y avait aucun microbe, tantôt on trouvait des gonocoques (Luys).

Comme on n'obtenait, en somme, aucune amélioration bien nette, par les lavages et massages, on se décida à pratiquer l'ablation de la petite tumeur juxta-urétrale gauche, qui était vraisemblablement la glande de Cowper.

Le 4 juin 1901, M. Hartmann fait une incision curviligne en avant de l'anus, à concavité postérieure, allant d'un ischion à l'autre. On coupe les faisceaux antérieurs du sphincter anal, puis on décolle le rectum qu'on récline en arrière. Mettant une bougie dans le canal, on reconnaît l'urètre membraneux. En suivant sa paroi inféro-latérale gauche, on arrive sur une nodosité du volume d'un gros pois. On sectionne à gauche le transverse superficiel du périnée et on aborde par sa partie inférieure et latérale cette nodosité qui est bien encapsulée et que l'on excise en totalité.

Les suites opératoires furent très simples : il n'y eut pas de fièvre, et le malade sorti guéri sans fistule le 1^{er} juillet 1901.

Nous le revoyons quelque temps après, et constatons l'existence de lésions tuberculeuses pulmonaires que nous n'avions pas recherchées auparavant, l'ayant considéré comme un simple blennorrhagique.

À l'œil nu, sur une coupe, la glande enlevée a une apparence lobulée, grisâtre, ressemblant assez à une glande salivaire sclérosée, sans abcès dans son intérieur.

L'examen histologique montra qu'il s'agissait d'inflammation chronique de la glande de Cooper de nature tuberculeuse. En effet, si en certains points, la structure normale des acini de la glande de Cowper que nous reproduisons (fig. 13) était conservée, avec simplement un léger degré d'infiltration embryonnaire péri-acineuse ; en d'autres points au contraire, les lésions glandulaires étaient intenses ; certains acini étaient complètement détruits, remplacés par un tissu embryonnaire très abondant, formé surtout de leucocytes mononucléaires.

Les canaux excréteurs des acini, remplis de leucocytes et de cellu

les épithéliales desquamées étaient seuls reconnaissables, épars çà et là dans le tissu embryonnaire d'inflammation récente. En quelques points, des cellules géantes tuberculeuses très nettes (fig. 14) se trouvaient au milieu du tissu embryonnaire, entourées d'une couronne de cellules épithéloïdes. En d'autres points, les acinis détruits étaient remplacés par un tissu conjonctif plus adulte, fibrillaire, résultant évidemment de la transformation évolutive du tissu embryonnaire. A la périphérie de la glande, on retrouvait sur les coupes quelques fibres musculaires striées coupées en travers ; vers l'une des extrémités de la glande, on trouvait coupé longitudinalement un canal excréteur d'assez grandes dimensions, revêtu d'un épithélium polyédrique stratifié. C'était évidemment le canal excréteur enlevé en même temps que la glande.

Au point de vue histologique, il s'agissait donc d'une inflammation subaiguë de la glande de Cowper, de nature probablement tuberculeuse. L'examen bactériologique de plusieurs coupes colorées par le Ziehl à froid nous permit de trouver deux bacilles de Koch à la périphérie d'une des cellules géantes. Il n'a pas été fait d'inoculations : car la pièce, dont on ne soupçonnait pas la nature tuberculeuse, fut fixée dans son entier.

OBSERVATION XIV (Résumé communiqué par HARTMANN et LECÈNE à la 6^e Session de l'Association française d'urologie, 1902). — *Fistule tuberculeuse périnéale à point de départ dans la glande de Cowper.*

Le nommé X..., âgé de 35 ans, entre le 2 août 1902, dans le service du Dr Hartmann, à l'hôpital Lariboisière.

Le malade entre pour un gonflement périnéal très douloureux qui l'empêche de s'asseoir depuis 8 jours.

Première blennorrhagie à l'âge de 20 ans, guérie en 3 mois par du copahu et des injections.

Deuxième blennorrhagie à l'âge de 29 ans, soignée et guérie de même.

Un an après, le malade fut atteint d'une épидидymite du côté gau-

che, épидidymite qui suppura et s'ouvrit spontanément au dehors, à la partie inférieure du scrotum de ce côté, et se fistulisa.

Un an après, le testicule droit fut atteint à son tour ; la malade entra à Beaulieu, où M. Bazy, d'après ce que l'on constate actuellement, lui fit sans doute une incision et un grattage ; à la suite de cette opération persista une fistule.

Il y a 8 jours, le malade commença à souffrir au niveau du périnée, et constata en ce point l'existence d'une petite tuméfaction, qui alla chaque jour en augmentant. En même temps, il remarquait que le jet d'urine devenait moins fort.

Examen. — Le malade présente au niveau de la région périnéale une tumeur du volume d'un œuf de poule, dure, tendue, fluctuante, s'étendant depuis le pourtour autour de l'anus jusqu'à la région scrotale, et nettement située à gauche de la ligne médiane et du raphé. Cette tuméfaction est mobilisable latéralement, ainsi qu'en avant et en arrière, mais adhérente par sa base aux parties profondes du périnée, et présente tous les caractères d'un abcès froid.

L'urèthre est libre à l'explorateur n. 21.

En un point qui paraît correspondre à l'extrémité postérieure de la tumeur, on sent avec l'explorateur deux ressauts, sensibles au retour ; la traversée de cette région est d'ailleurs très douloureuse.

Vessie. — Le malade semble avoir un peu de parésie vésicale. Résidu de 150 grammes.

L'urine est très trouble dans les deux verres.

La fréquence des mictions est exagérée ; toutes les 2 heures le jour, 3 ou 4 fois la nuit.

Il n'y a pas de douleurs en urinant.

Reins. — Ni douloureux, ni perceptibles.

Testicules. — Le testicule droit, opéré, présente à sa partie inférieure des noyaux indurés, et une fistule scrotale correspondant à ces noyaux, qui siègent au niveau de la queue de l'épididyme.

L'épididyme gauche présente de même au niveau de sa queue des noyaux indurés, auxquels répond un petit orifice fistuleux.

Prostate. — Peu augmentée de volume, sans noyaux durs.

Pas d'antécédents bacillaires héréditaires ou personnels.

1^{re} Intervention. — Incision menant sur une poche se prolongeant en avant le long de l'urèthre, et remplie de liquide séro-purulent.

Excision partielle des masses fongueuses.

Tamponnement à la gaze iodoformée.

Drainage.

Suites. — Malgré tous les soins et les pansements répétés, la plaie chirurgicale ne guérit pas et n'a aucune tendance à la cicatrisation spontanée.

2^e examen, fait par M. Hartmann, le 24 septembre.

L'exploration de l'urèthre le montre libre à l'explorateur n° 19.

L'examen du périnée en bonne lumière, le malade étant dans la position de la taille, permet de constater les points suivants :

A l'inspection, on constate l'existence de la plaie opératoire, longue de 2 cent. 1/2 environ, située à gauche, à égale distance du raphé et du pli périnéo-crural d'une part, de l'orifice anal et de la racine des bourses d'autre part.

Les bords de la plaie sont renversés en dedans, d'une teinte rougeâtre, surtout à droite, où les attouchements à la teinture d'iode ont amené une desquamation superficielle.

Le fond de la plaie est formé par deux gros bourgeons, d'apparence fongueuse, atone, de coloration rosée, et couverts d'un suintement séreux. Le bourgeon du côté gauche, plus volumineux, dépasse le milieu de la plaie et cache en partie le bourgeon opposé.

En déprimant avec le doigt ce bourgeon gauche dont la consistance est assez ferme, et qui ne saigne pas au contact, on pénètre dans une cavité plus volumineuse, qui s'enfonce vers l'urèthre membraneux.

Au palper, les bords de la plaie sont légèrement indurés, non douloureux à la pression.

Au toucher rectal, on trouve que la prostate est un peu développée, sans induration en son milieu. Au-dessus de la corne droite, on trouve une petite induration en forme de noyau, qui se continue avec un cordon gros comme une « plume de moineau ». Du côté gauche, au-dessus de la prostate, au niveau de la vésicule séminale, on sent une induration d'une dureté pierreuse.

L'exploration de la plaie périnéale à l'aide du stylet montre que la partie la plus profonde du trajet se dirige, non vers la prostate, mais vers l'urèthre membraneux.

Auscultation. — L'auscultation des poumons est négative : seule, la trousse donne une tonalité un peu élevée du côté gauche.

2^e intervention le 3 octobre. — Curetage de la cavité, qui contourne la partie latérale gauche du bulbe et du bulbo-caverneux pour s'enfoncer entre le bulbe et l'aponévrose moyenne qui constitue le fond de la cavité.

Cautérisation au thermo. Tamponnement iodoformé.

L'inoculation au cobaye est positive : le 8 novembre, le cobaye inoculé meurt avec des lésions de tuberculose généralisée.

2 février 1903. — Le malade revient à l'hôpital pour un abcès siégeant au niveau du cordon gauche.

Le début a eu lieu le 39 janvier par l'apparition d'une petite tumeur dure et douloureuse, qui grossit peu à peu et décida le malade à rentrer dans le service.

A l'examen, on voit au niveau de la partie supérieure de la portion scrotale du cordon gauche, une petite tuméfaction, du volume d'une petite noix, où la peau est rouge et adhérente ; la tumeur est un peu douloureuse à la pression, bien limitée, et semble entourée d'une coque dure, à travers laquelle on perçoit une fluctuation obscure. Au-dessus, les éléments du cordon sont bien séparables, et le canal déférent est un peu hypertrophié.

Intervention le 6 février. — Incision de l'abcès.

Curetage de ses parois.

Excision de la plus grande partie de la poche.

Tamponnement iodoformé.

Le malade sort guéri le 24 février.

Avant qu'il ne parte, l'examen de l'ancienne fistule montre du côté gauche de la cicatrice un petit bourgeon charnu. Les lèvres de la cicatrice sont absolument sèches.

OBSERVATION XV (personnelle). — *Abscès froid périnéal d'origine ostéopathique pris pour une coupéríte bacillaire.* — Incision. — Curetage. — Bacillose généralisée. — Mort.

Le nommé X..., âgé de 32 ans, entre le 23 mars 1903, dans le service du Dr Hartmann, à l'hôpital Lariboisière.

Sans antécédents urinaires, sauf une blennorrhagie en 1890, guérie sans laisser de goutte matinale, le malade, dans la nuit du 14 au 15 mars, ressentit des élancements dans la région périnéale, dans les bourses et dans l'anus. Le malade y porta la main, sans rien ressentir qu'une douleur assez intense sans tuméfaction ni induration d'aucune sorte.

Le lendemain, vers 3 heures de l'après-midi, le malade, en allant à la selle, ressentit des élancements, et, en s'essuyant, s'aperçut qu'il y avait du sang très clair sur le papier : il n'y avait pas trace de pus.

Dans la journée, les douleurs furent moins vives ; mais, si le malade pouvait marcher et s'asseoir, il souffrait beaucoup en se relevant. Le soir, il s'aperçut qu'il existait du côté gauche du périnée une tumeur allongée, comme le doigt, dit-il, pas très dure, mais très douloureuse à la pression.

Les douleurs continuèrent avec les mêmes caractères de siège, puis s'atténuèrent peu à peu. Par contre, la tumeur grossit progressivement, et le malade se décida à aller consulter le 21 mars à l'hôpital St-Antoine d'où on le renvoya au service Civile de Lariboisière.

Examen. — A l'inspection, en position couchée, les jambes faiblement écartées, on constate que les bourses sont fortement pendantes et flasques. Du côté gauche, au-dessous de la saillie du testicule, on aperçoit une tuméfaction où la peau est rouge et paraît tendue.

Les bourses étant relevées, on constate la présence d'une tumeur grosse comme un œuf de poule, débordant le raphé surtout du côté gauche, et s'étendant en arrière jusqu'au pourtour de l'orifice anal.

La peau est tendue, luisante, surtout rouge en arrière. Au niveau de la partie antérieure gauche du pourtour anal, on trouve un petit orifice fistuleux, sous-cutané, se dirigeant vers l'anus.

A la palpation, cette tumeur est nettement fluctuante.

Urèthre et vessie. — Le malade urine toutes les 2 heures, sans douleurs et à plein jet.

Reins. — Le rein droit est fortement abaissé : on peut en saisir

entre les doigts explorateurs toute la moitié inférieure. Il ne paraît pas gros et n'est pas douloureux. Son pôle inférieur correspond à une ligne horizontale passant par l'ombilic.

Le rein gauche n'est ni douloureux, ni perceptible.

Testicules. — Du côté droit, rien d'anormal.

Du côté gauche, seul, le canal déférent paraît un peu volumineux. Il n'y a pas de noyaux dans le testicule ni l'épididyme.

Prostate. — Pas grosse, mais lobulée, à noyaux durs, et douloureuse à la pression.

Du côté gauche, en doublant la prostate, on sent un cordon dur et douloureux.

Appareil respiratoire. — L'examen révèle une bacillose ramollie des deux sommets.

Le malade a d'ailleurs eu une bronchite il y a deux ans, et a craché le sang pendant un mois. L'an dernier, vers la fin de septembre, nouvelle hémoptysie pendant 15 jours.

Une des sœurs du malade a eu une coxalgie à l'âge de 4 ans.

Intervention le 25 mars. — Ponction de la tumeur : il sort un pus épais, bien lié. Puis, sur une sonde connelée, on débride en haut et en bas. On tombe ainsi sur un foyer fongueux, s'étendant en avant jusqu'à la racine des bourses, en arrière, jusque vers le pourtour anal, où on incise jusqu'à la petite fistule. Ce foyer est nettement situé à gauche de la ligne médiane, le bulbe formant colonne sur sa partie droite : il est tapissé d'une fausse membrane blanchâtre.

Curetage du foyer. Attouchement au chlorure de zinc. Pansement compressif à plat.

Suites. — Les suites immédiates furent bonnes ; la plaie périnéale bourgeonna peu à peu, se rétrécit de jour en jour, et le 13 mai, le malade sortait guéri sans fistule.

Entre temps, l'inoculation au cobaye avait été positive au point de vue de la bacillose.

Au mois de juillet, le malade revint à la consultation où on le met au traitement par le sérum de Marmorek ; le 14 et le 16 juillet, on lui injecte 40 centimètres cubes de sérum, puis il ne revient pas. Son poids le 16 juillet est de 45 kilogrammes.

Il revient le 30 juillet, et dit avoir eu le 17, le 18 et le 23 juillet des hématomèses abondantes, remplissant à chaque fois une cuvette entière de sang mélangé de caillots noirs. L'état général est très mauvais.

Le 31, apparition de douleurs à la région lombaire et dans la jambe droite.

Le 4 août, nouvelle injection de sérum de 10 centimètres cubes. Le malade présente à la partie supérieure et interne de la cuisse gauche une tuméfaction apparue depuis une dizaine de jours. Il entre de nouveau dans le service.

Le 10 août, il est de nouveau examiné par notre collègue Cresson, qui, au niveau de l'ancienne plaie périnéale, retrouve une petite fistule laissant couler un peu de pus, par intermittences.

A la partie supéro-interne de la cuisse gauche, au niveau de la masse des adducteurs, existe une tuméfaction du volume d'un œuf, un peu douloureuse de consistance dure, sans fluctuation perceptible et à limites peu précises ; elle se confond en effet avec les muscles, et se prolonge en avant vers la partie interne du triangle de Scarpa. La peau paraît intacte à son niveau. Il existe dans le triangle de Scarpa quelques ganglions augmentés de volume, mais mobiles et indolents.

L'exploration au stylet de la fistule périnéale montre un trajet long de 10 centimètres environ qui se termine sur un point osseux, sur lequel bute le stylet.

Il n'y a pas de gêne de la miction.

Les lésions pulmonaires ont augmenté.

Le 6 septembre, incision de l'abcès du pli inguino-scrotal.

Le 20 septembre, le malade se plaint de la région lombaire, et la palpation et la percussion des apophyses épineuses montrent que les lésions siègent au niveau de la 3^e vertèbre lombaire ; dans les mouvements de flexion, cette région reste rigide.

En même temps existe une sciatique droite.

Le 29 septembre, crise de rétention de 3 heures de l'après-midi à 9 heures le lendemain matin ; après un bain le malade urine seul.

Le 10 octobre, après quelques crises de rétention fréquentes, mais

de courte durée, l'exploration du canal montre un rétrécissement périnéal. On dilate à partir de la bougie n° 12.

Le 13 octobre, le malade présente un écoulement assez léger, qui n'est pas recueilli. Il a des envies fréquentes d'uriner (toutes les 4 heures), le jour comme la nuit ; la miction est douloureuse, et du pus apparaît à la fin de la miction.

La tuberculose se généralisant de plus en plus, et les lésions pulmonaires augmentant rapidement, on fait passer le malade dans un service de médecine le 20 octobre ; il y meurt un mois environ après.

Nous n'avons pu malheureusement faire l'autopsie, n'étant pas sur place au moment du décès. Il eût été cependant intéressant pour nous d'examiner la région périnéale.

OBSERVATION XV (Résumé communiqué par M. HOGGE, de Liège¹). —

Coupéríte bulbaire présumée tuberculeuse. — Fistulisation. — Guérison spontanée.

J. D..., 19 ans. Antécédents tuberculeux dans la famille. N'a jamais eu de blennorrhagie et n'a même jamais coïté. Habitudes de masturbation.

Présente une très belle apparence de santé.

Début d'une tuberculose uro-génitale (cystite vers février 1900 ; le diagnostic ne fait aucun doute (bacilles dans l'urine qui est troublée, mictions fréquentes et douloureuses, hématuries).

Traitement interne et médication locale très légère et irrégulière (instillations sublimé faible).

En mai 1902, sans qu'un traitement local ait été appliqué depuis longtemps, petit abcès au niveau de l'extrémité du bulbe (*inflammation du lobe bulbaire de la glande de Couper*) ; cet abcès s'ouvre spontanément à l'extérieur (le patient habite la campagne et vient rarement me voir).

Une fistule périnéale (non urinaire) subsiste de longs mois et se ferme spontanément. On sent une petite cicatrice indurée à ce niveau.

En octobre 1903, épilidyme à droite, non suppurée et non consécutive à un traitement local quelconque. Le malade n'en subit plus depuis longtemps.

Etat général toujours bon. Cystite améliorée.

CHAPITRE IV

Tumeurs malignes primitives de la glande de Cowper.

Nous n'avons pu trouver dans la littérature que trois cas indiscutables de tumeurs malignes primitives de la glande de Cowper, accompagnées d'examen histologique. Il s'agissait dans ces trois cas de tumeurs malignes épithéliales ; il n'existe pas à notre connaissance d'observation de tumeur maligne conjonctive.

Ces trois cas sont rapportés dans Kaufmann (1). Le premier appartient à Paquet et Herrmann, le deuxième, à Pietrzikowski, le dernier à Kocher.

1^{re} OBS. — (PAQUET et HERRMANN. *Journal de l'Anat. et de la physiol.*, Paris, 1884, p. 615).

Malade de 65 ans, entré en octobre 1882 dans le service de Paquet, à Paris, pour une petite tumeur périnéale. L'apparition de cette tumeur remontait à deux ans, et le malade n'en avait été gêné que pour s'asseoir. La tumeur, absolument indolore à la pression, avait augmenté peu à peu de volume, et commençait à déterminer des troubles de la miction et de la défécation. La tumeur siégeait à droite et un peu en arrière du bulbe, en avant de l'orifice anal ; elle était arrondie, non adhérente aux téguments, mais adhérente dans la profondeur. Paquet diagnostiqua une hypertrophie de la glande de Cowper, et en pratiqua l'extirpation au thermo-cautère ; en arrière, la tumeur se laissa facilement libérer, mais en avant, elle adhé-

(1) KAUFMANN, *Deutsche Chirurgie*, Lief, 50 a. 1886, Stuttgart.

rait au bulbe dont on dut enlever une partie pour extirper complètement la tumeur.

Après l'opération, il persista une petite fistule urinaire ; on mit une sonde à demeure et le malade guérit. Il fut revu guéri deux ans après.

Examen anatomo-pathologique. — La tumeur est arrondie, de la grosseur d'une noix ; elle a en un point une apparence lobulée due à la présence d'une dépression assez profonde. Elle est encapsulée et se continue en avant avec une sorte de pédicule.

A la coupe, on voit très bien la structure lobulée de la tumeur.

A l'examen histologique, il s'agit d'un épithéliome avec, en certains points, une apparence de cylindrome ; on pourrait appeler la tumeur, avec Malassez, épithélioma glandulaire métatypique. En quelques points des préparations, on peut retrouver des fragments de la glande de Cowper normale.

2^e OBS. — (PIETRZIKOWSKI. *Zeitschr. für Heilkunde*
Bd. VI, Prague, 1885, p. 521.)

Un homme de 49 ans, auparavant absolument bien portant, est atteint depuis quatre mois d'une tumeur périnéale ; cette tumeur est de la grosseur d'un œuf, de consistance dure, et siège en avant de l'anus ; elle est indolente à la pression et très peu mobile. Elle ne gêne le malade que pendant la marche ; les ganglions de l'aîne du côté droit sont augmentés de volume. Les forces du malade ont beaucoup diminué depuis un mois ; il y a quelquefois de la gêne de la miction avec arrêt du jet, malgré les efforts ; il y a eu également quelques troubles de la défécation.

Le malade entre à la Clinique de Güssenbauer à Prague au mois d'août 1884. A ce moment on constate que la tumeur est ovoïde, que sa surface est bosselée, de consistance dure. La peau est tendue à sa surface, mais cependant mobile. En avant, la tumeur atteint le bulbe ; en arrière, elle arrive jusqu'à la paroi rectale. Par le toucher rectal, on constate que la paroi rectale est refoulée par la tumeur, mais qu'elle est mobile à sa surface ; en haut, la tumeur est séparée

par un sillon net de la prostate, qui est de volume normal. Si l'on fait le cathétérisme, on tombe, immédiatement après la traversée bulbaire, sur un obstacle que l'on peut supprimer en abaissant la tumeur par le périnée ; on peut alors entrer dans l'intérieur de la vessie.

Dans les deux aines, il existe des ganglions de la grosseur du poing.

Opération. — Incision médiane longitudinale du bulbe à l'anus ; mise à nu de la tumeur ; on enlève avec la tumeur la plus grande partie du bulbo-caverneux ; on peut arriver à extirper l'ensemble du néoplasme sans ouvrir l'urèthre membraneux. De même, en arrière, on enlève la tumeur sans intéresser la paroi rectale. On termine l'opération par l'ablation des ganglions inguinaux des deux côtés.

La guérison se fit sans encombre, et le malade quitta l'hôpital au bout d'un mois. Mais on revit le malade au bout de dix mois avec de l'œdème des membres inférieurs, de volumineuses adénopathies iliaques ; il est certain qu'il mourut peu après.

La tumeur enlevée a le volume du poing (12 centimètres de long, 6 de haut, 8 de large). Il existe en arrière une profonde dépression.

La moitié gauche est plus volumineuse que la moitié droite.

A la coupe, la tumeur présente plusieurs saillies irrégulières, qui la découpent en lobes.

A l'examen histologique, il s'agit d'un carcinome très riche en cellules. La structure des métastases inguinales est en tous points comparable à celle de la tumeur primitive.

3^e OBS. — (KOCHER in KAUFMANN, *loc cit.*, p. 164).

Un homme de 57 ans fit, il y a douze ans, une chute à califourchon sur une barre de fer, il survint à ce moment de l'uréthrorrhagie, et pendant plusieurs années à la suite, il eut une sensation de brûlure en urinant.

Depuis deux ans, le malade ressent une douleur sourde dans la région du périnée ; cette douleur est devenue si forte depuis quelque temps qu'elle empêche le malade de dormir. Il existe également une

légère dysurie. La douleur est surtout marquée lorsque le malade marche ou est assis.

Le 30 mai 1883, on note ce qui suit :

Malade vigoureusement constitué. Les organes abdominaux et les organes génitaux externes sont normaux.

Au niveau du périnée, on constate dans la région bulbaire une résistance diffuse ; l'anus est normal.

Par le toucher rectal, on constate que la prostate est normale ; mais, au-dessous d'elle et séparée d'elle par un sillon, on trouve une tumeur dure, qui semble englober l'urèthre membraneux ; à gauche, la tumeur est bien limitée ; à droite au contraire, elle adhère à la branche ischio-pubienne. Le paroi du rectum n'est pas adhérente à la tumeur. On peut introduire dans la vessie une sonde n° 14, et on en retire une urine claire.

Opération le 6 juin 1883. — Incision en T verticale sur le raphé et horizontale sur le devant de l'anus. On libère l'adhérence à la branche ischio-pubienne au moyen du thermo-cautère. On peut épargner le bulbe, tandis qu'il est nécessaire de réséquer une partie de l'urèthre membraneux. De même, en arrière, on est amené à ouvrir le rectum.

Suture du rectum. Sonde à demeure. Tamponnement iodoformé de la plaie du périnée.

Malgré quelques complications, la guérison survient et le malade quitte la Clinique au bout de deux mois, c'est-à-dire le 23 août 1883.

Le 16 novembre 1884, soit dix-sept mois après l'opération, le malade revient avec une petite récidive périnéale de la grosseur d'un pois. On pratiqua l'ablation de cette récidive et le malade guérit rapidement. Il fut revu guéri en septembre 1885.

L'examen de la pièce fut fait par Langhans. La tumeur est du volume d'une noix. Sur la coupe, on trouve qu'elle a un aspect lobulé avec des points clairs.

Au point de vue *histologique*, elle présente la structure du carcinome, et, en un point, on peut trouver des débris de la glande de Cowper normale.

En certains points la structure du carcinome était modifiée par la

présence de masses hyalines à l'intérieur des alvéoles carcinomateux et ressemblait alors à du cylindrome.

Nous voyons donc, d'après l'étude de ces trois observations, que l'existence de tumeurs malignes épithéliales développées aux dépens de la glande de Cowper est indiscutablement établie.

Au point de vue histologique, il s'agissait toujours de carcinomes, c'est-à-dire d'épithéliomas atypiques, développés aux dépens de l'épithélium des acini glandulaires. Dans l'observation I et III, la structure du carcinome est légèrement modifiée en certains points par la présence de masses hyalines au milieu des amas épithéliaux.

D'après les auteurs des examens histologiques, la structure du néoplasme rappelait absolument en ces points celle du cylindrome.

Les cancers primitifs de la glande de Cowper semblent être, d'après les observations II et III, d'une assez grande malignité. En effet, dans l'observation II, il existait des métastases dans les ganglions inguinaux, et, malgré le curage des deux aines pratiqué en même temps que l'ablation de la tumeur, il survint une récurrence rapide vers les ganglions iliaques.

Dans l'observation III, il y eut simplement une récurrence locale au bout d'un an et demi.

Au point de vue étiologique, nous ne savons naturellement rien de précis sur la cause de la dégénérescence maligne de la glande. Le seul fait un peu particulier est l'existence d'un traumatisme antérieur dans l'observation de Kocher.

Deux des observations (I et III) se rapportent à des malades relativement assez âgés (65 et 57 ans) ; mais, dans l'observation II, il s'agissait d'une jeune homme de 19 ans, âge où il est rare d'observer des tumeurs épithéliales.

Au point de vue clinique, nous remarquons que, dans les trois cas, il existait une tumeur facilement appréciable, et par la palpation du périnée, et par le toucher rectal. Les rapports anatomiques de cette tumeur pouvaient permettre de faire le diagnostic de tumeur siégeant dans la glande de Cowper.

Les troubles de la miction et de la défécation furent observés dans tous les cas, mais ils étaient en somme peu marqués ; il y eut une seule fois de la rétention d'urine (Obs. II).

Les douleurs existaient aussi dans toutes les observations, mais elles étaient particulièrement intenses dans celle de Kocher.

Le diagnostic exact ne semble avoir été affirmé dans aucun cas ; cela tient évidemment à la rareté très grande de la lésion qui nous occupe ; mais, maintenant que nous connaissons l'existence du cancer primitif de la glande de Cowper, il est probable qu'en présence de symptômes analogues à ceux rapportés dans les observations ci-dessus, on pourra désormais faire ce diagnostic.

Dans tous les cas, en présence d'une tumeur de nature indéterminée, dont le siège vraisemblable est la glande de Cowper, il faudra conclure à une intervention chirurgicale qui, pratiquée précocement pourra donner des résultats durables, même lorsqu'il s'agit de carcinome.

Dans l'observation I par exemple, nous voyons qu'au bout de deux ans il n'y avait pas de récidence.

Le traitement de ces tumeurs malignes ne peut être naturellement que chirurgical. Il consistera dans l'ablation aussi complète que possible de la tumeur avec résection de l'urèthre s'il le faut (Kocher). L'incision prérectale de Zuckerkandl semble être ici comme toujours celle qui donnera le meilleur jour ; on pourra lui ajouter en cas de besoin une incision médiane sur le raphé, comme le fit Kocher.

L'ablation des métastases dans les ganglions inguinaux devra également être pratiquée toutes les fois qu'on le jugera nécessaire ; l'adhérence intime des ganglions au paquet vasculaire pourrait être une contre-indication, car il y a alors bien peu de chances d'avoir une guérison durable.

CONCLUSIONS

A. — *Au point de vue anatomique :*

1° Les glandes bulbo-uréthrales, tant au point de vue de leur embryologie que de leur physiologie, sont de véritables glandes génitales connexes de la prostate.

2° Au point de vue purement macroscopique, elles n'existent pas chez tous les sujets. Elles existent plus souvent à gauche qu'à droite, ou sont développées du côté gauche quand elles se rencontrent simultanément chez le même sujet (explication possible de la plus grande fréquence des cowpérites à gauche).

Importance des glandes sessiles pour l'ouverture ultérieure de la cowpérite dans l'urèthre.

3° Au point de vue des rapports, le point intéressant, et non encore mis en relief, est le rapport pour ainsi dire constant qui existe entre les glandes bulbo-uréthrales et l'artère bulbaire, celle-ci croisant superficiellement, soit la glande, soit son canal excréteur.

4° Le canal excréteur de la glande bulbo-uréthrale ne pénètre pas toujours dans le bulbe avant d'atteindre la paroi uréthrale. Le plus souvent même, il glisse entre le bulbe et l'urèthre.

On peut donc lui décrire deux portions :

Portion longue sous-urétrale ;

Portion intra-urétrale : 1° intra-spongieuse ; 2° sous-muqueuse.

5° Au point de vue histologique, la glande de Cowper est une glande en grappe ; le fait particulier est la dilatation des canaux excréteurs à leur origine en *sinus collecteurs*, qui peuvent servir d'amorce à la dilatation kystique de la glande.

B. — *Au point de vue pathologique :*

L'état actuel de la question comporte l'étude d'un certain nombre de chapitres, que nous avons divisés, en tâchant d'observer le plus possible l'ordre chronologique des différents travaux antérieurs au nôtre.

Nous avons donc décrit :

I. — *Cowpérites aiguës.*

Les unes, blennorrhagiques, à marche rapide, rarement compliquées, et rapidement cicatrisées.

Les autres, urinaires, étudiées au point de vue anatomopathologique par Molz et Bartrina, chez les rétrécis, et surtout différentes des précédentes en ce qu'elles peuvent se compliquer d'accidents très graves, abcès urineux, phlegmons diffus du périnée, etc.

II. — *Cowpérites chroniques.*

1° *Fermées.* — a) Cowpérites à répétition.

b) Kystes de la glande de Cowper.

2° *Ouvertes.* — a) Cowpérites fistulisées simples, entretenues par le passage permanent du liquide de sécrétion (thèse de Gruget).

b) Cowpérites tuberculeuses, de diagnostic parfois très difficile au début avec les cowpérites blennorrhagiques, véritables abcès froids périnéaux que l'on peut plus tard confondre avec des abcès d'origine osseuse.

III. — *Tumeurs malignes primitives de la glande de Cowper*, très rares, et caractérisées histologiquement par une néoformation épithéliale pouvant envahir les ganglions inguinaux.

Vu :

Le Président de la thèse,
PAUL BERGER.

Vu :

Le Doyen,
DEBOVE.

Vu et permis d'imprimer :

Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,
L. LIARD.

TABLE DES MATIÈRES

	Pages
INTRODUCTION	5

PREMIÈRE PARTIE

ANATOMIE

CHAPITRE PREMIER. — Historique et Synonymie.	7
--	---

CHAPITRE II. — Anatomie	14
-----------------------------------	----

§ 1. — Anatomie comparée	14
------------------------------------	----

§ 2. — Embryologie	15
------------------------------	----

§ 3. — Anatomie des glandes bulbo-uréthrales	18
--	----

Situation	20
---------------------	----

Nombre.	21
-----------------	----

Volume.	22
-----------------	----

Forme	24
-----------------	----

Consistance.	26
----------------------	----

Aspect et couleur	27
-----------------------------	----

Rapports	27
--------------------	----

Canal excréteur	34
---------------------------	----

§ 4. — Histologie.	41
----------------------------	----

§ 5. — Vaisseaux et nerfs	45
-------------------------------------	----

CHAPITRE III. — Physiologie.	48
--------------------------------------	----

Produit de sécrétion	48
--------------------------------	----

Usages	49
------------------	----

Essai de physiologie glandulaire	51
--	----

DEUXIÈME PARTIE

PATHOLOGIE

CHAPITRE PREMIER. — Historique	55
CHAPITRE II. — Cowpérites aiguës.	62
Etiologie. Pathogénie	62
Anatomie pathologique.	66
Symptômes.	71
Marche, durée, terminaisons	76
Complications.	78
Diagnostic.	80
Pronostic.	83
Traitement	84
CHAPITRE III. — Cowpérites chroniques.	98
§ 1. — Cowpérite chronique à répétition.	98
§ 2. — Kystes de la glande de Cowper	102
§ 3. — Cowpérites chroniques avec fistule simple	109
§ 4. — Cowpérites chroniques tuberculeuses	112
CHAPITRE IV. — Tumeurs malignes primitives de la glande de Cowper.	137